



**Facultad de Medicina
Departamento de Cirugía**

Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años

Factores etiológicos y calidad de vida

Tesis Doctoral

María del Carmen Álvarez Galán

Madrid, 2010

Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años:

Factores etiológicos y calidad de vida

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MAYORES DE
CUARENTA Y CINCO AÑOS**

FACTORES ETIOLÓGICOS Y CALIDAD DE VIDA

MARIA DEL CARMEN ÁLVAREZ GALÁN

TESIS DOCTORAL

Madrid, 2010

DIRECTORES:

Dr. Pedro Juan Tárraga López

Prof. José Antonio Rodríguez Montes

Dr. Julio A. Virseda Rodríguez

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE UROLOGÍA

D. **José Antonio Rodríguez Montes**, Catedrático de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid.

D. **Pedro Juan Tárraga López**, Profesor Honorario de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid y Profesor Asociado de Medicina de La Universidad de Castilla La Mancha.

D. **Julio Virseda** Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Castilla la Mancha.

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral “Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años: Factores etiológicos y calidad de vida” realizada por Maria del Carmen Álvarez Galán, bajo la supervisión y dirección de los firmantes, reúne los requisitos para ser defendida ante el tribunal que en su día se designe

Madrid, 14 de Enero de 2010

Fdo. José A. Rodríguez Montes Fdo. Pedro J. Tárraga López Fdo. Julio Virseda

Agradecimientos:

Al ***Profesor José Antonio Rodríguez Montes***,
por su colaboración en este proyecto.

Al ***Doctor Pedro Juan Tárraga López***, por su amis-
tad y apoyo, colaboración y ánimo en el desarrollo de
este proyecto.

Al ***Doctor Julio Virseda***, por apoyo técnico.

Al Doctor Miguel Cerdán Tutor en mi Residencia, por
su apoyo como médico y humano

Al ***personal sanitario y administrativo del Centro
de Salud de Hellín***

Dedicatoria:

A mis padres.

A Marco y Paco.

INTRODUCCIÓN	2
ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA	3
1. ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA:	3
1.1 VEJIGA.	3
1.2. SUELO PÉLVICO.	6
1.2.1 Los músculos elevadores del ano:	7
1.2.2 El diafragma urogenital:	8
1.2.3 La fascia pubocervical:.....	8
1.3 URETRA	9
1.4 INERVACIÓN DE LA VEJIGA.....	10
1.4.1 Sistema nervioso parasimpático:	10
1.4.2 Sistema nervioso simpático:.....	10
1.4.3 Inervación sensitiva:.....	10
1.4.4 Centros medulares:.....	10
2. FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN:.....	11
3. INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER	12
3.1 ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA	12
3.1.1 Incontinencia por disfunción vesical.....	13
3.1.2 Incontinencia esfinteriana	14
3.1.3 Incontinencia funcional:.....	17
3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA IU.....	17
4. FACTORES ETIOLÓGICOS.....	22
Factor familiar	23
Edad.....	24

Embarazo.....	25
Paridad.....	25
Factores obstétricos.....	25
Menopausia.....	25
Obesidad.....	26
Deterioro funcional.....	26
Deterioro cognitivo	26
Factores ocupacionales	27
Uroginecológicos.....	27
Otros factores.....	27
5. EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA	29
5.1 Historia Clínica.....	30
5.2. Exploración física.....	32
5.3 Diario miccional.....	33
5.4 Análisis urinario.....	35
5.5 Residuo post miccional (PVR).....	35
6. TRATAMIENTO	36
6.1 Tratamiento farmacológico.....	36
6.1.1 Tratamiento farmacológico de la hiperactividad vesical.....	36
6.1.2 Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).....	40

6.1.3 Tratamiento farmacológico de la incontinencia por reboseamiento ⁵⁴	40
6.2 Intervenciones en el estilo de vida:	41
6.3 Entrenamiento vesical:.....	41
6.4 Mujeres con laxitud del piso pélvico:.....	41
6.5 Opciones quirúrgicas para IU de urgencia:	42
6.5.1 Inyectables ureterales	42
6.5.2 Cabestrillos suburetrales.....	43
6.5.2 Colposuspensiones.....	45
6.6 Catéteres vesicales, deben ser la última opción.	46
1. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.....	46
1.1 ¿ Qué es calidad de vida?	47
1.2 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	47
1.4. IU y Calidad de Vida	49
1.5. Cuestionarios para evaluar la calidad de vida.....	51
1.5.1 Generales	52
1.5.2 Específicos.....	53
2. COSTES SOCIALES DE LA IU.....	56
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	57
II.-OBJETIVOS	58
III.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	59
I. MATERIAL.....	59

<i>MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	59
<i>DEMOGRAFÍA</i>	61
<i>MÉTODO</i>	66
<i>2.1 TAMAÑO MUESTRAL</i>	66
<i>2.2 RECOGIDA DE DATOS</i>	68
<i>2.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	68
<i>2.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO</i>	68
<i>2.5 VARIABLES DEL ESTUDIO</i>	69
<i>2.4 INSTRUMENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS</i>	73
<i>2.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	74
IV.- RESULTADOS	75
1-ANÁLISIS DE MUESTREO:	75
2. CALIDAD DE VIDA	80
3. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE ASOCIACIÓN DE VARIABLES:	83
V.- DISCUSIÓN	85
<i>1. De la prevalencia</i>	85
<i>2. Del número de partos y grupos de edad</i>	86
<i>3. De las Intervenciones gineco-obstétricas y grupos de edad</i>	87
<i>4 De los partos vaginales</i>	88
<i>5. De la menopausia y grupos de edad</i>	89
<i>6. De las Infecciones urinarias y grupos de edad</i>	90

<i>7. De la Distopia y grupos de edad</i>	<i>91</i>
<i>8. Del Estreñimiento y grupos de edad</i>	<i>91</i>
<i>9. De las alteraciones neurológicas y grupos de edad.....</i>	<i>92</i>
<i>10. Del consumo de fármacos y grupos de edad.....</i>	<i>93</i>
<i>11. De la calidad de vida y grupos de edad</i>	<i>93</i>
VI. RESUMEN.....	94
OBJETIVOS.....	94
METODOLOGÍA	95
RESULTADOS.....	96
VII. CONCLUSIONES.....	97
VIII.- BIBLIOGRAFIA	98
ANEXO 1 (A)	110
ANEXO 1 (B)	113

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se ha definido por la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de la orina a través de la uretra, objetivable y en cantidad suficiente como para constituir un problema higiénico y social¹.

En la última reunión de dicha Sociedad, en el año 2002, simplificó la definición considerándola como la pérdida involuntaria de orina. La ICS actualizó la terminología y las definiciones del tracto urinario inferior (TUI) para poder acordar y actualizar después términos y definiciones idénticos y uniformes de los estados asociados con una disfunción del tracto urinario inferior (DTUI), como la IU.

A pesar de todo, hay que considerar que la IU puede ser un síntoma en una anamnesis detallada, un signo en la exploración física o una alteración demostrable en la realización de una prueba diagnóstica como es la prueba urodinámica².

El médico de Atención Primaria es el primer eslabón de la cadena asistencial, para ello, debe desempeñar un papel fundamental en la detección, evaluación, tratamiento y prevención de los pacientes con IU. Se debe dar importancia a los síntomas y signos relacionados con la IU, no se debe minusvalorar, ya que, aunque no implique un riesgo vital, conlleva elevadas repercusiones en la morbilidad asociada y a la afectación en la calidad de vida. Al realizar un diagnóstico etiológico no sólo se deben aplicar medidas

paliativas como la prescripción de absorbentes, ya que los gastos sanitarios se elevarían, lo que podría reducirse con una adecuada política como es la prevención y el diagnóstico precoz³.

La *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) considera a la IU como un problema de salud pública, siendo una de las siete enfermedades médicas que requiere una serie de medidas para poder mejorar su repercusión. Por ello, se deben poner a disposición de los pacientes los recursos necesarios para abordar su patología e implicarnos de forma prioritaria en este problema para así paliar los efectos de la IU en la población general.

La importancia de su detección deriva sobre todo de las consecuencias **médicas**: infecciones urinarias, úlceras por presión, caídas, depresión; **psicológicas y sociales**: pérdida de autoestima, ansiedad, aislamiento social; **económicas**: costo de complicaciones, cuidados de larga duración.

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

1. ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA:

De la secuencia de hechos embriológicos se deduce que el músculo uretral y el detrusor vesical tienen el mismo origen, constituyendo una estructura ininterrumpida con las repercusiones fisiológicas posteriores que esto conlleva, especialmente en la mujer.

1.1 VEJIGA.

La vejiga es un órgano muscular hueco donde se colecta la orina proveniente de los uréteres de forma regular y rítmica. En general, la vejiga mantiene su forma esférica cuando está llena que será más o menos dilatada según el estado de repleción vesical, y al estar vacía asemeja un tetraedro: (fig 1)

-Vértice anterosuperior en el que se fija el uraco.

-Vértice anteroinferior que corresponde al orificio uretral.

-Vértices superoexternos en los que desembocan los uréteres. El interior de la vejiga se visualiza mediante una cistoscopia, donde se observa la mucosa vesical, los meatos ureterales y el cuello vesical (la unión con la uretra). Estos tres puntos delimitan⁵:

- el trigono vesical:

Que es una porción fija y no distensible del órgano⁵. Los uréteres entran en la vejiga diagonalmente a través de la pared dorsolateral, en un área llamada trigono, que tiene forma triangular y ocupa el área correspondiente

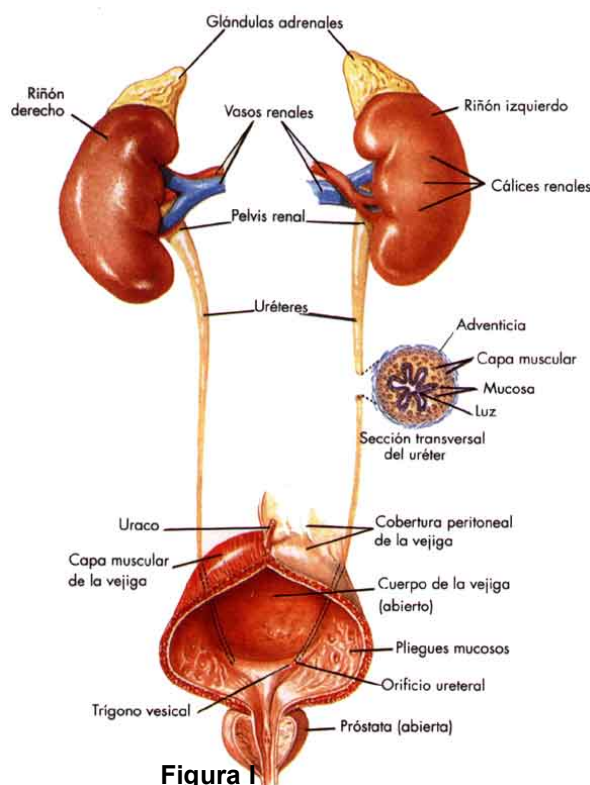


Figura 1

Descripción del sistema excretor. (Tomada de Netter)

a la pared posteroinferior de la vejiga. La uretra define el punto inferior del triángulo que dibuja el trigono:

→ ápex vesical conectado a través del ligamento medio umbilical.

→cúpula vesical: es la parte superior y más amplia de la vejiga, que aumenta considerablemente de volumen, como una esfera, cuando está llena de orina.

→cuello vesical: está conectado con el pubis a través del ligamento pubovesical en las mujeres, y por el ligamento puboprostático en los hombres.

- la pared de la vejiga está formada por tres capas⁵:

Capa serosa: el peritoneo parietal recubre la vejiga es su cara superior y parte posterior y laterales cuando está llena.

Capa muscular: está formada por músculo liso con tres capas:

Capa externa o superficial: Formada por fibras musculares longitudinales.

Capa media: Formada por fibras musculares circulares.

Capa interna o profunda: Formada también por fibras longitudinales.

Las tres capas de la muscular forman el músculo detrusor que cuando se contrae expulsa la orina y tiene como antagonistas los esfínteres de la uretra^{5,6}.

Capa mucosa: está formada por epitelio de transición urinario, que es un epitelio estratificado de hasta ocho capas de células, impermeable, en contacto con la orina, y por la lámina propia, que es de tejido conjuntivo.

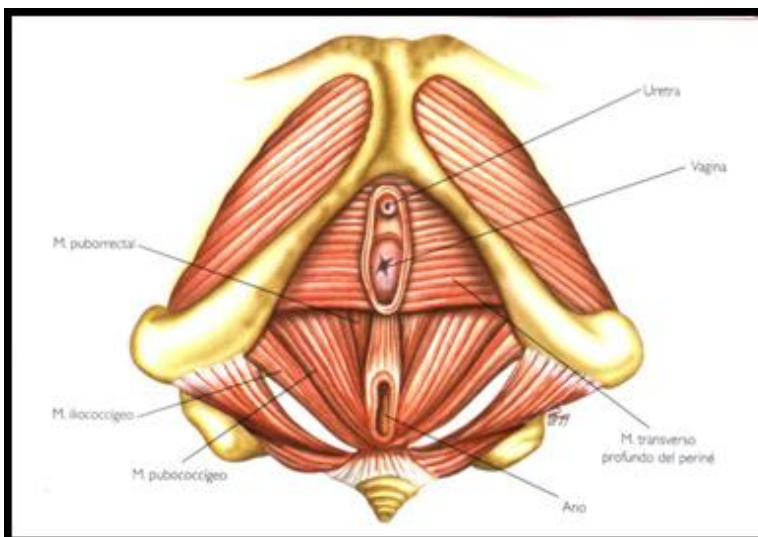
La capacidad de almacenamiento vesical oscila entre 1000 a 1500 cc. En situaciones patológicas la distensión máxima puede alcanzar varios litros en caso de retención aguda de orina antes de provocar su ruptura. En condiciones normales, en promedio se necesita orinar cada 4 o 5 horas, lo que equivale a cinco o seis veces al día.

La primera sensación de micción y la urgencia para orinar generalmente se siente cuando se alcanza la mitad (150 a 200 ml) de la capacidad de la vejiga; sin embargo, somos capaces de esperar⁵ y alcanzar hasta 300 ml en la vejiga antes de desalojarla.

1.2. SUELO PÉLVICO.

Es la estructura muscular formada por los músculos del periné. Soporta todo el contenido abdominal y de las vísceras pélvicas, además contribuye al cierre uretral durante el esfuerzo. La base vesical descan-

Figura II Suelo pélvico



sa sobre un piso compuesto por los músculos elevadores del ano y su fascia (fascia endopélvica) y los músculos coxígeos. Según la fig II.(Tomada de certamenfisioterapia2006.com)

1.2.1 Los músculos elevadores del ano:

Están formados por los sistemas musculares pubocoxígeo, iliocoxígeo y puborectal, con origen en el arco tendinoso de la aponeurosis del músculo obturador interno, entre la sínfisis del pubis y la espina ciática e inserciones en el sacro, coxis, pared lateral de la vagina y esfínter externo del ano⁵. Existe una relación entre las inserciones vaginales del fascículo pubocoxigeo y el tercio proximal de la uretra, mientras que su contracción, voluntaria durante la interrupción intencionada de la micción, contribuye al cierre uretral.

Cubre el elevador del ano, se diferencia a nivel del cuello vesical y uretra en otras dos estructuras de soporte, los ligamentos pubouretrales posteriores, que están constituidos por fibras colágenas y conjuntivas que adoptan una disposición piramidal cuyo vértice se origina en la cara posteroinferior del pubis y en su base se distinguen tres inserciones:

Una se fija al tejido parauretral a nivel del tercio superior de la uretra.

Otra expansión lateral, más importante, se fusiona densamente con la fascia del elevador. Este complejo músculofascial, que Raz denomina ligamentos uretropélvicos, proporciona el soporte más firme de la uretra al arco tendinoso (inserción de los elevadores en la fascia del obturador).

Ligamento intermedio, que se une al ligamento pubouretral anterior, que es una prolongación del ligamento suspensorio del clítoris que mantiene la relación del meato externo con el pubis. Actualmente se considera que los ligamentos pubouretrales son piezas clave en el mantenimiento de la continencia al mantener la uretra proximal por encima del diafragma urogenital, dentro del área de transmisión de presiones.

Estos ligamentos, con su expansión lateral al músculo elevador del ano (ligamentos uretropélvicos) proporcionan a la uretra proximal el principal mecanismo de sostén. Cuando se contrae el elevador del ano, desplaza la pared vaginal anteriormente hacia el pubis y se comprime la uretra hacia atrás.

1.2.2 El diafragma urogenital:

Cierra el hiato genital de los elevadores. Además delimita la cavidad abdominal, sometida a las variaciones de presión intraabdominal, del periné fuera de la acción directa de la presión abdominal. Está compuesto por una capa intermedia de músculo estriado, y una fascia inferior sin importante función de soporte (membrana perineal). La capa muscular intermedia está conformada por tres músculos: compresor uretral, esfínter uretrovaginal y transverso vaginal.

1.2.3 La fascia pubocervical:

Es la continuación de la fascia del elevador, se extiende desde el pubis a lo largo de la cara posterior de la uretra y vejiga hasta el cérvix. Sirve

de soporte lateral de la vejiga a la pared pélvica. En laxitud de ligamentos cardinales en el prolapso uterino la fascia pubocervical se desplaza lateralmente favoreciendo la aparición de uretrocistocele e IUE asociada⁶.(fig III)

Con la edad, todas estas estructuras sufren cambios, como la pérdida de elasticidad de la pared vesical y la disminución del tono muscular, lo que debilitará al elevador del ano (mantiene la continencia urinaria y compensa cualquier aumento brusco de presión intraabdominal) y del esfínter externo uretral. Estos cambios por sí solos no son causa de incontinencia pero aumentan la probabilidad de que este trastorno se presente.

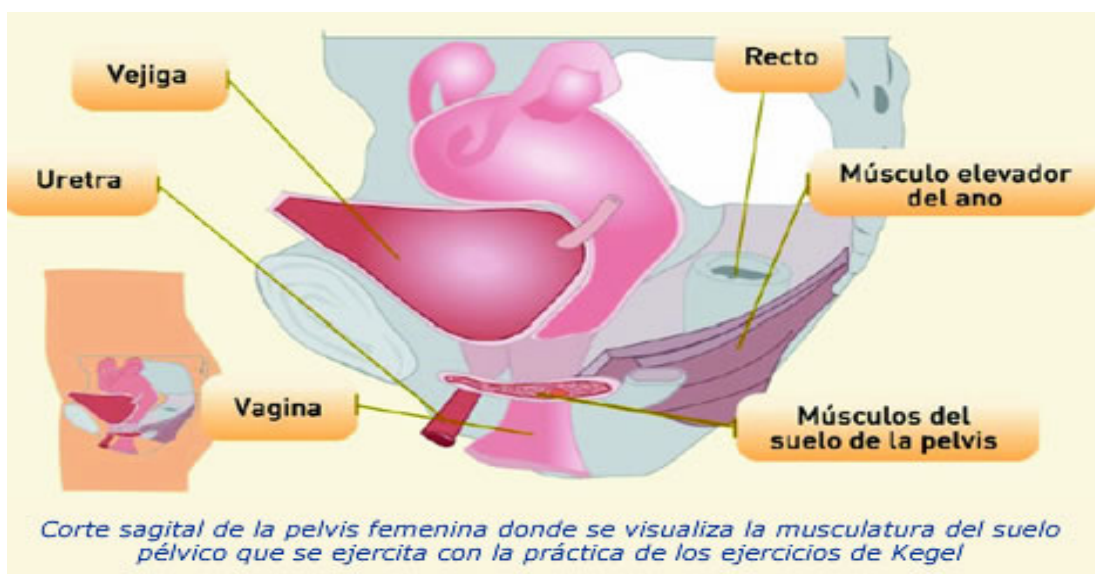


Figura III

Corte sagital pelviano. (Tomada de pérdidasdeorina.com)

1.3 URETRA

Que consta de:

esfínter interno (fibras musculares lisas, involuntario)

esfínter externo (fibras estriadas, voluntario)

1.4 INERVACIÓN DE LA VEJIGA

La inervación vesical proviene de las divisiones del sistema nervioso somático y autónomo:

1.4.1 Sistema nervioso parasimpático:

Comienza en los segmentos sacros S2-S4, los cuales forman el rico plexo parasimpático pélvico o nervios pélvicos que inerva el detrusor cuya contracción provoca el vaciamiento vesical.(fig IV)

1.4.2 Sistema nervioso simpático:

Se origina en los segmentos torácicos inferiores y lumbares superiores, principalmente, T11-T12 y L1-L2. Estas fibras descienden a través de los nervios pélvicos (hipogástricos) inervan el trigono y el esfínter interno, asegurando la continencia y manteniendo el cuello vesical cerrado durante el llenado.(fig IV)

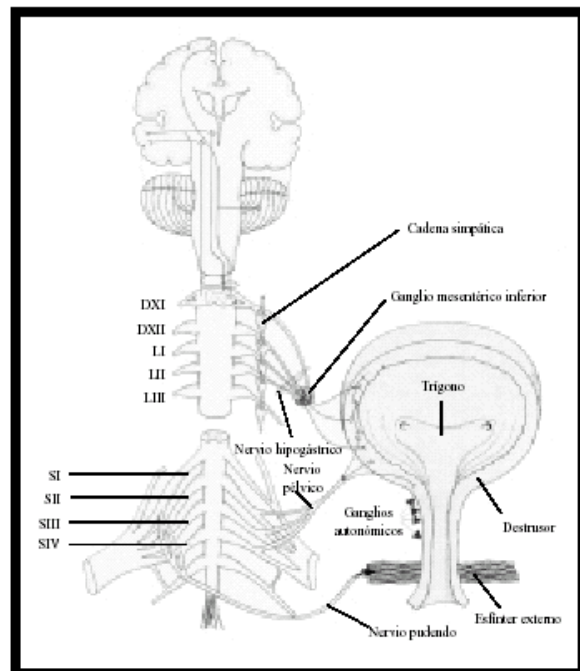
1.4.3 Inervación sensitiva:

Camina por dos vías: una, la de los nervios pélvicos (S2-S4), por donde van los impulsos aferentes que nacen en las paredes vesicales y, otra, la de los nervios pudendos (somáticos) vehiculizando los estímulos propioceptivos originados en el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal y ayudando al esfínter interno a mantener la continencia.(fig IV)

1.4.4 Centros medulares:

Intervienen el núcleo simpático (D10-L1), el (S2-S4) y el sistema somático (S3-S4); son coordinados por el núcleo pontino situado en la base del cerebro.

Figura IV Inervación Vesical. (Tomada de anatomiahumana.ucv.cl)



2. FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN:

La micción se divide en dos fases:

Fase de llenado: El esfínter interno y el externo están en contracción para evitar que se produzcan escapes de orina, mientras la vejiga se distiende con la entrada de orina por los uréteres, dependiendo de la distensión de la vejiga o del volumen alcanzado. Debido a la capacidad de la corteza cerebral de controlar la necesidad de miccionar, al final de la fase de llenado, a pesar de que aparezcan deseos de miccionar, el músculo detrusor sigue relajado y el esfínter uretral cerrado, hasta que se encuentre el lugar adecuado para la micción. Todo ello está mediado por los nervios hipogástricos, pélvicos y pudendos.

Fase de vaciado o micción: Se abre el esfínter interno, se relaja el esfínter uretral externo (voluntario), el suelo pélvico pierde tono y, al caer la presión intrauretral, se contrae el detrusor y se inicia la micción.

3. INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

La IU no puede ser considerada como una enfermedad, sino como una condición, reflejo de diferentes disfunciones del tracto urinario inferior femenino.

En la mujer la continencia va a depender de los siguientes factores:

- vejiga estable, de buena capacidad y acomodación normal
- mecanismos de continencia anatómicamente normales y funcionalmente competentes como son: cuello vesical, uretra, músculo estriado uretral, músculo estriado del suelo pélvico y la existencia de una buena transmisión de presiones abdominales a uretra.

- integridad de la innervación autonómica y somática vesicouretral.

La continencia se mantiene al existir una mayor presión a nivel uretral que intravesical, en reposo y con el esfuerzo, exceptuando el momento de la micción. De esa forma la alteración de uno o varios de los factores mencionados anteriormente, condicionan la aparición de los diferentes tipos de incontinencia.

3.1 ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Existen algunos factores, que por diversos mecanismos, predisponen a la aparición de la IU y en algunos casos, a agravarla. Entre ellos desta-

can: la diabetes, la obesidad, la depresión, la caquexia, la menopausia y el envejecimiento.

La incontinencia puede ser el resultado de una disfunción vesical o esfinteriana :

3.1.1 Incontinencia por disfunción vesical

El origen de la misma puede deberse a una inestabilidad vesical, a una disminución de la distensibilidad (incontinencia de urgencia) o a un vaciamiento incompleto de la vejiga (incontinencia por rebosamiento).

3.1.1.1 Urgencia miccional

Presente en casi el 40% de casos. Se define como el derrame de orina causada por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical.

Se asocia a síntomas como polaquiuria y nicturia. Puede ser :

3.1.1.1.1 Urgencia motora: Se corresponde con inestabilidad vesical, debida a una deficiente capacidad de distensión o a una hiperactividad vesical (contracciones involuntarias del detrusor). Su origen es neurógeno, orgánico vesical o idiopático.

3.1.1.1.2 Urgencia sensorial: Por hipersensibilidad de los receptores sensoriales vesicales y uretrales que producen una sensación temprana de plenitud, en ausencia de contracciones del detrusor. Las causas más frecuentes son procesos obstructivos o inflamatorios: litiasis, tumores, cambios degenerativos epiteliales por irradiación y déficit estrogénico. La diferencia

entre urgencia motora o sensitiva es necesaria hacerla mediante estudios urodinámicos.

3.1.1.2 Incontinencia por rebosamiento

En el 10% de los casos. Se asocia con sobredistensión de la vejiga a una disminución de la actividad del músculo detrusor por neuropatía diabética o lesión medular y a obstrucción anatómica por la próstata y/o cistocele.

3.1.2 Incontinencia esfinteriana

El origen de la incontinencia es esfinteriano por malposición anatómica de una unidad esfinteriana intacta (incontinencia anatómica) o a una disfunción intrínseca del esfínter, con o sin una anomalía anatómica asociada. Este tipo es conocido como Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) y es el tipo más frecuente en la mujer, 50% de casos. Se define como la salida involuntaria de orina con aumento de la presión abdominal. Es particularmente común en mujeres en el puerperio o en la menopausia, en las que ocurre como resultado de un aumento de la presión de la vejiga que sobrepasa la contracción de cierre de la uretra. Los músculos alrededor de su uretra evitan que la orina se escape de la vejiga. (fig V)

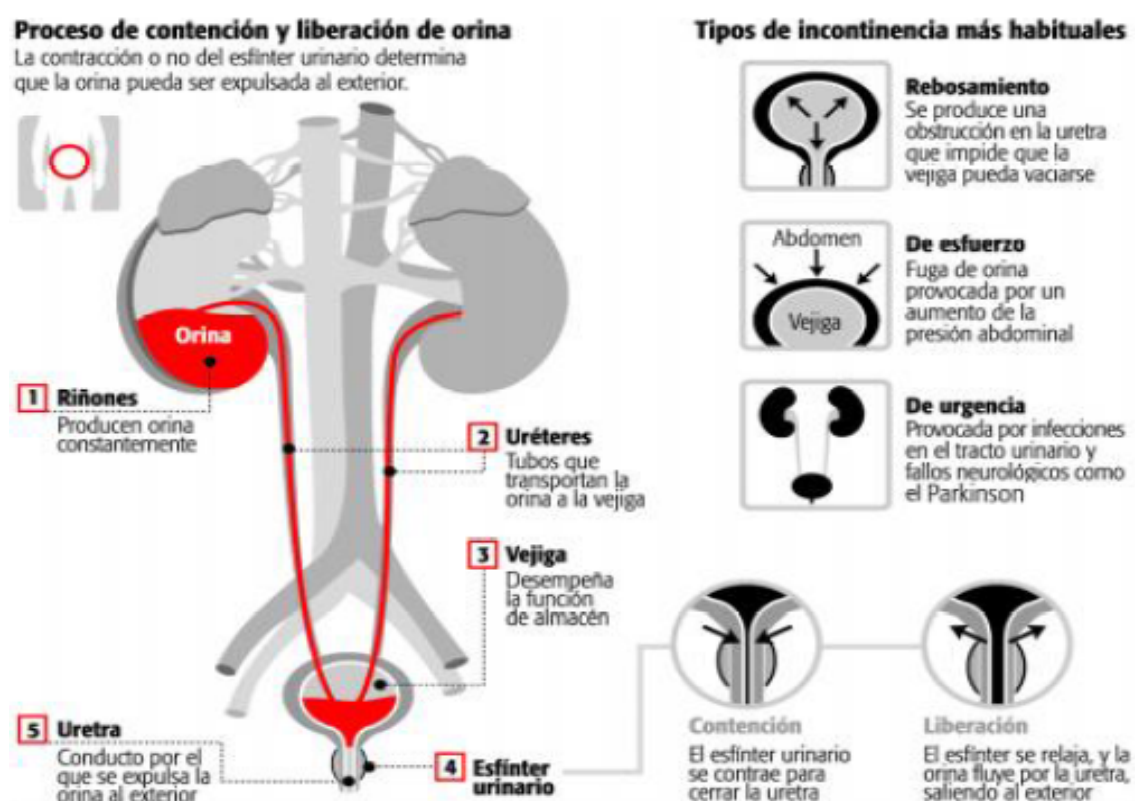
Cuando estos músculos se vuelven débiles, incluso la menor cantidad de esfuerzo producida por actividades cotidianas, por ejemplo, toser, estornudar, reír, hacer ejercicio o levantar objetos pesados, pueden producir una breve relajación de estos músculos, permitiendo que la orina se escape. Las causas más conocidas son :



Figura V
Tipos de Incontinencia Urinaria. (Tomada de Sesiones Clínicas en Atención Primaria. Semfyc)

- Debilidad del suelo pélvico.
- Debilidad del esfínter ureteral casi siempre secundaria a cirugía o traumatismo.

-Debilidad del esfínter ureteral casi siempre secundaria a cirugía o traumatismo. En ocasiones si este tipo de incontinencia de esfuerzo se combina con Incontinencia de Urgencia, se denomina Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).



La incontinencia de origen esfinteriano también puede clasificarse en:

Figura VI Tipos de incontinencia urinaria. (Tomada de intramed.net)

3.1.2.1 Incontinencia anatómica: supone en 90-95% de la IU femenina de esfuerzo. Sobreviene por la pérdida del soporte pelviano de la vejiga y de la uretra, impidiendo este hecho que los mecanismos compensadores actú-

en durante las maniobras que aumentan la presión abdominal, produciéndose los escapes de orina.

Entre las causas de IU anatómica destaca el traumatismo obstétrico durante el parto por afectación de los mecanismos de soporte vesicouretrales. Esta afectación variará dependiendo del número de embarazos.

Otra causa importante, son los cambios posmenopáusicos, como consecuencia de la deprivación estrogénica, que conducen a una atrofia generalizada de todos los músculos, incluyendo la musculatura pélvica y vesicouretral.

3.1.2.2 Disfunción intrínseca del esfínter: se caracteriza por presentar el cuello vesical y la uretra proximal abiertos y en reposo en ausencia de contracciones del detrusor, lo que implica que la uretra proximal ya no actúe como esfínter.

3.1.3 Incontinencia funcional:

Se define como la fuga de orina relacionada con la incapacidad para usar el inodoro por daño en la función cognitiva o física, falta de asociación psicológica o presencia de barreras en el ambiente, como se observa en la demencia grave y la depresión.(Fig VI)

3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA IU

La incontinencia urinaria es un problema frecuente que afecta a una proporción significativa de la población en general. Se estima una prevalen-

cia en los adultos del 15-30%, presentándose en todas las edades, detectándose un incremento progresivo según avanza la edad.

En España, se calcula que afecta a cuatro millones de personas. El 40% de la población femenina la presenta. La verdadera frecuencia de la incontinencia urinaria generalmente es subestimada ya que menos de la mitad de las personas con este problema consultan al médico por infección urinaria. Se estima que la mitad de las mujeres pueden presentar pérdidas de orina a lo largo de su vida y, en general, tienen el doble de frecuencia de incontinencia que los hombres. La prevalencia de IU en mujeres, incluyendo la definición de cualquier pérdida en el último año, oscila entre el 25 a 45 %^{7,8}; aumenta con la edad en un 12 al 42%⁹; 20 a 30% en adultos jóvenes, 30 a 40% en adultos de edad media y más del 50% en ancianas⁷. Lagro-Janssen y col⁸; sitúan la prevalencia en mujeres entre los 30 a 60 años la media es de 24,5% coincidiendo con estudios de Hörding y col⁹; y mujeres mayores de 60 años la media global es del 23,5%. Según Hannestad y col^{7,8} la IU sufre un aumento de frecuencia media entre los 50 y 54 años, alcanzando el 30% de prevalencia, decrece ligeramente entre los 55 y los 70 años y vuelve a incrementarse a partir de los 75 años de forma progresiva. Según Hampel y col⁷; las cifras de prevalencia van desde el 22,5% hasta el 90%, con una media de 55,7%.⁷ La prevalencia de IU es significativamente más alta en mujeres que viven en residencias de mayores (60 a 78%) comparada con los ancianas que aún vivían en sus domicilios (17 a 55%)¹⁰, esta última

información probablemente esté subestimada, ya que casi la mitad de pacientes que padecen IU no lo informan al personal sanitario⁹. Otros estudios estiman la prevalencia de IU en mujeres internadas en residencias del 23 al 72%.⁷

Estudios internacionales indican que la prevalencia de IU en mujeres mantiene un rango del 3 al 55%, dependiendo de la definición de incontinencia y de la edad de la población estudiada¹¹. Hampel y col.⁷ calculan la prevalencia media del 35,14% incluida en un rango del 12 y 53%. Según Hunskaar y col.⁹ oscila entre el 10 y el 50%.

En nuestro medio, la prevalencia de sintomatología compatible con IU, según el “Estudio Poblacional de Prevalencia de Vejiga Hiperactiva en España”, de marzo de 2005, es alta. Comparando datos de estudios internacionales, se demuestra que la urgencia miccional (síntoma que define la patología de IU) es más prevalente en mujeres españolas que en hombres, recomendando la realización de nuevos estudios para mejorar el conocimiento del impacto de la IU en la población general en España¹².

Trabajos en el ámbito de Atención Primaria describen una prevalencia de IU del 15,4% en un grupo de mujeres de 40-60 años, del 30% en mujeres de más de 65 años, y del 14% en varones ancianos¹³.

Un estudio poblacional realizado en Canarias empleando el instrumento *King's Health* en una muestra de 870 mujeres elegidas aleatoriamente en un abanico de edad comprendido entre los 18 y 85 años obtuvo una

prevalencia global de IU (definida como “cualquier pérdida de orina”, sin excluir las mujeres internadas en residencias) del 60,4%.^{10, 14}

En general, la prevalencia de los distintos tipos de incontinencia es difícil de estimar debido a la amplia variedad de definiciones. La mitad de las mujeres afectadas tienen incontinencia de esfuerzo, mixturas de IU por esfuerzo y urgencia le sigue, en frecuencia y, menos comunes las IU por urgencia⁷.

Diversos autores concluyen que la IU mixta está sobrevalorada en los estudios epidemiológicos y la IU de esfuerzo es el tipo de IU que realmente predomina. En mujeres mayores predomina la IU mixta y la IU de urgencia, mientras que en la mujeres jóvenes y de mediana edad es predominante la IU de esfuerzo.^{8, 15-20} Hannestad y col.⁸ demuestran un incremento de la prevalencia de la IU mixta con el paso de los años y a la vez una disminución de la IU de esfuerzo en mujeres de 40 a 49 años hasta la edad de 60 a 69 años. Hampel y col.⁷ obtienen una prevalencia global de IU de esfuerzo del 49%, IU mixta del 29% y de IU de urgencia de 22,3%.

Resultados obtenidos por el Proyecto FUNCIS¹⁴ del Servicio Canario de Salud (1998) establecen una prevalencia para IU de esfuerzo de 24,5%, IU mixta de 25,7% e IU de urgencia de 10,2%.

En el estudio realizado en Estados Unidos por Stewart y col.²¹ se empleó la encuesta telefónica NOBLE obteniendo prevalencias de IU de urgen-

cia del 9,6% en mujeres mayores de 18 años, incrementos del 5% entre los 18 y 44 años y de 19% a partir de los 65 años.

Datos publicados por la “Revista Española de Economía de la Salud”, de Junio del 2002, afirman que la prevalencia de IU en mujeres mayores de 20 años es de 25 al 45%, con una repercusión en su vida social del 23%¹¹ y en mayores de 25 años del 30 al 40 % están afectadas²² siendo la IU especialmente prevalente en mujeres de 20 a 50 años. Una de cada cinco mujeres padece algún episodio de IU durante su vida. En España, un 1 % de mujeres reconocen haber padecido alguna pérdida de orina, la incidencia se eleva hasta los 55 años y que, a partir de esa edad, se sitúa alrededor de 8%⁵. De ellas, sólo el 25% (10 al 40 %)²³ consultan al médico. La vergüenza, el aislamiento social y el escaso interés asistencial, hacen de la IU una de las patologías más desconocidas por los españoles¹¹.

La mayoría de estudios epidemiológicos se dirigen a la estimación de prevalencia de la IU, pero se debe tener en cuenta que existen diversas razones que dificultan su estimación real:

- La IU más que una enfermedad real, es un síntoma, cuya causa puede ser urinaria o bien formar parte de un conjunto de síntomas de múltiples patologías urológicas y no urológicas, lo que provoca, que no siempre sea reconocida, y por lo tanto, cuantificada.

- La naturaleza de la IU induce, a quienes la padecen, una tendencia a la ocultación, además de problemas emocionales (se sienten avergonza-

dos, se aislan, sufren depresión), alteraciones en el trabajo y limitaciones en la vida social. Solamente entre un 20-30% de las personas que padecen IU solicitan ayuda profesional.²⁴

- La dificultad de delimitar, definir la IU y los grupos poblacionales (fundamentalmente sexo y edad) a los que orientar el estudio de la prevalencia.

Es por este motivo que la estimación de la prevalencia en la población adulta varía del 2 al 55%, dependiendo de la diferencia en la definición de incontinencia, edad y sexo de las poblaciones estudiadas. Un dato importante a tomar en cuenta es que el 10% de los profesionales pregunta acerca de la continencia de sus pacientes. Este porcentaje tan bajo se puede deber a la falta de formación médica adecuada en este campo, lo que constituye un obstáculo en el diagnóstico y en el tratamiento correcto de la enfermedad.²⁵

La incidencia es el parámetro menos estudiado, Bump y col.²⁶ la estima desde el 22,4% al año, al 11% en 20 años. La incidencia de la IU de esfuerzo decrece con la edad desde el 0,55% al 0,43% por año entre los 45 y los 59 años, mientras que la IU de urgencia aumenta desde el 0,08% al 0,2% en el mismo grupo de edad.

4. FACTORES ETIOLÓGICOS

Se admite que la causa de la incontinencia urinaria es multifactorial:

El factor familiar, la edad (sobre todo en edad fértil), el embarazo, la paridad, la edad al tener el primer parto²⁷, los factores obstétricos (partos

vaginales), la epifisiotomía, el prolapso de órganos pélvicos, las cirugías genitourinarias, los antecedentes de enuresis nocturna, el número de infecciones de orina en el último año, el estreñimiento e incontinencia fecal, la menopausia, la obesidad, además de trastornos funcionales⁷. El impacto de estos factores de riesgo cambian con la edad (la edad fértil afecta a las jóvenes mientras que los trastornos funcionales a las ancianas).

Otros posibles factores de riesgo son una historia de enuresis en la niñez, actividades de gran esfuerzo físico, la insuficiencia cardíaca, EPOC, el tabaquismo, la tos crónica, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, la depresión, la depleción estrogénica, la radiación pélvica y la medicación (hipnóticos y alfa bloqueantes)^{1,28,29}

En realidad hay pocos estudios longitudinales que hayan calculado el riesgo relativo en modelos de cohortes, por lo cual, la relación entre factores de riesgo aislado y el establecimiento de IU es limitado. Además, se desconoce la correlación entre factores de riesgo demográficos con los distintos tipos de IU.

Factor familiar

El hecho de que se presente también en nuligestas, en mujeres con collagenopatías por mutaciones genéticas que afectan a la composición del colágeno y que sea menos prevalente en la raza negra que en la blanca sugiere que puede haber una predisposición constitucional o genética para la aparición de la incontinencia urinaria en la mujer.

El estudio epidemiológico EPICONT calcula el riesgo relativo en una muestra muy grande constituida por subgrupo de madres, hijas y hermanas. Las hijas de madres incontinentes tienen un riesgo elevado de presentar incontinencia urinaria: del 1,3% y del 1,5% para la incontinencia de esfuerzo y del 1,6% para la incontinencia mixta.

Edad

El número de casos de IU aumenta con el envejecimiento. La edad es el factor más asociado a la incontinencia urinaria. El 20% de los mayores de 40 años tienen vejiga hiperactiva o incontinencia urinaria de urgencia.^{5,6}

Esta correlación entre la IU y el aumento progresivo con la edad está bien documentado y se puede comprobar en diversos estudios, como el de Milson y col³⁰ en Suecia, y el de Chiarelli y col³¹, en Australia (WHA Project). El pico oscila entre los 50 y 60 años^{2,33-34}. El estudio EPINCONT demuestra otro pico de frecuencia a partir de los 70 años, además se observa que la edad se relaciona con el tipo de IU.

La pérdida de orina es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes en los ancianos. Afecta a más del 15% de los mayores de 65 años no institucionalizados en residencias, y al 35% en los hospitales. Cuanto mayor sea la incapacidad física o psíquica, más aumenta este trastorno. En estos casos se unen los cambios fisiológicos propios de la edad y el deterioro neurológico y del sistema nervioso central.

Se calcula que en España hay más de un millón de personas adultas que pueden padecer pérdidas de orina.

Embarazo

La IU durante el embarazo es frecuente y muchas veces autolimitada. Milson y col.²⁸ encuentran una prevalencia del 28% durante el embarazo, llegando al 16% durante el puerperio; otros estudios³⁵ confirman esta tendencia, 60% en el embarazo y 11% a las seis semanas postparto.

Paridad

Thomas y col.³² indican que la IU es más frecuente entre las múltiples que en las nulíparas. En el estudio EPINCONT la paridad y la IU están relacionadas de forma más significativa con el efecto del primer parto. La asociación es más fuerte entre los 20 y 34 años, y débil entre los 35 y 64 años, perdiéndose la influencia de la paridad en mujeres mayores de 65 años.

Factores obstétricos

Diversos trabajos, entre ellos el de Samuelsson y col.¹⁷; y el EPINCONT demuestran que el parto vaginal predisponen a IU.

Menopausia

Los resultados de los diversos trabajos son controvertidos, no hay acuerdo sobre el papel de los estrógenos como promotores de IU. Reckers y col. encuentran igual prevalencia pero mayor número de episodios de IU en postmenopáusicas en comparación con las premenopáusicas (26% frente al

25%, gravedad: 7% frente al 3%). Si la menopausia es quirúrgica hay más prevalencia de IU (36% frente al 3%).

Obesidad

Existe relación evidente entre índice de masa corporal e IU^{2,36-38} por el aumento de presión sobre la vejiga y los músculos. Un programa dirigido a la pérdida de peso en las mujeres obesas con incontinencia urinaria disminuye la frecuencia de los episodios semanales de incontinencia urinaria, cuando se compara con un grupo control.³⁸

Deterioro funcional

La IU está relacionada con limitaciones de la movilidad. Nygaard y col.³⁹ encuentran que el riesgo de IU va asociado a la imposibilidad de caminar 700 metros, a la imposibilidad de mover objetos pesados y a la posibilidad de subir escaleras o en mujeres que estaban en silla de ruedas o que utilizan muletas⁴⁰. Aún se mantiene el debate sobre si la IU es consecuencia para alcanzar el aseo y quitarse la ropa o predictor de fragilidad en mujeres mayores⁴¹.

Deterioro cognitivo

Existe una estrecha relación entre IU y las demencias frontotemporales. Análisis multivariantes⁴⁰ demuestran un riesgo 3,6 veces superior de ser incontinente cuando existe desorientación mental. Pacientes que padecen demencia incrementan el riesgo de IU entre el 1,5 % y el 2,3 %. El estudio

Canadian Study of Health and Aging encuentra asociación entre demencia e IU en ancianas⁴².

Factores ocupacionales

Trabajos que supongan grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto, etc. Los deportes de impacto aumentan la presión sobre la vejiga vendiendo en ocasiones la presión uretral. Sin embargo, no existen datos que afirmen que los deportes de impacto se relacionan con un riesgo incrementado de incontinencia de estrés.

Uroginecológicos

Prolapsos de pared vaginal y de los órganos pelvianos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cistitis, las ITU, enuresis nocturna de la infancia y la cirugía uroginecológica son los más importantes relacionados a IU.

Otros factores

La cardiopatía congestiva y la hipertensión en tratamiento con diuréticos. Los diuréticos provocan exceso de flujo de orina a la vejiga, facilitando la salida involuntaria de orina, ya que la vejiga se llena más rápido de lo habitual. Es importante mencionar que se postula que el uso de diuréticos y el bajo número de pacientes con tratamiento específico en personas con incontinencia urinaria podrían ser la causa de la baja detección de este problema⁴³.

Los *trastornos neurológicos* (enfermedad de Parkinson, los acúmulos de hemosiderina tras hemorragia subaracnoidea crónica, la enfermedad de Machado-Joseph (ataxia espinocerebelosa congénita tipo 3), los accidentes cerebro-vasculares, la esclerosis múltiple, el delirium, enfermedad de Castlemann (hiperplasia linfática nodular gigante), la hidrocefalia normotensiva.

Los *trastornos psicológicos* como la depresión y el delirio.

Algunos *fármacos* actúan sobre la vejiga o el tono uretral predisponiendo a la incontinencia entre ellos:

Los *antihipertensivos* y algunos *antigripales* pueden provocar que los músculos esfinterianos se contraigan o se relajen mucho.

Los *ansiolíticos* pueden insensibilizar los nervios de la vejiga y evitar que envíen las señales nerviosas al cerebro sobre el llenado de la vejiga. Sin esta señal y la urgencia para orinar, la vejiga rebosa. Algunos pueden aumentar el volumen de orina, la frecuencia miccional o la urgencia como es el caso de los diuréticos y también el alcohol.

Los *antidepresivos* pueden favorecer la retención urinaria por su efecto antimuscarínico en la zona vesical sobre el músculo detrusor, los ANES, anticolinérgicos, antidepresivos alfa y beta agonistas, antihistamínicos, antimicóticos, antiespasmódicos, calcioantagonistas y sedantes que provocan retención urinaria e incontinencia urinaria por rebosamiento⁴⁴.

Los relajantes musculares, simpaticolíticos, alfabloqueantes provocan relajación a nivel uretral.

Otras sustancias: Las bebidas alcohólicas pueden hacer que esos nervios se debiliten. Las bebidas que contienen cafeína tienen el mismo efecto. Algunos alimentos como el chocolate pueden ocasionar problemas de control de la vejiga.

Otras causas: las endocrinológicas entre las que destacan la hipercalcemia, la hiperglucemia, la vaginitis atrófica.

La mayoría de las veces corrigiendo la causa o equilibrando el trastorno se soluciona el problema de la IU como suceden con infecciones⁴⁵ cistitis, el nivel estrogénico, la restricción de la movilidad, el estreñimiento.

5. EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La evaluación diagnóstica exigida para la incontinencia varía en función del medio en que nos encontremos, de las características del paciente y en muchos casos del tratamiento a instaurar.

La OMS clasifica el tratamiento de la IU en “inicial” y en “especializada”, lo que significa que para la gran mayoría de los casos una evaluación sin exploraciones complejas permite una orientación diagnóstica suficiente para instaurar un tratamiento efectivo, muchas veces conservador, y así no consumir los recursos diagnósticos de “unos pocos”.

Para la evaluación de la incontinencia urinaria se considera altamente recomendado realizar sobre todo en Atención Primaria⁴⁶:

5.1. La Historia Clínica mediante una evaluación detallada de los síntomas

5.2. Exploración física

5.3. Cuantificación de los síntomas mediante el diario miccional.

5.4. El uroanálisis

5.5. El estudio del residuo postmiccional (PVR), razonablemente valorado mediante palpación hipogástrica como acción inicial.

5.1 Historia Clínica

Resulta imprescindible la recogida de los antecedentes personales médico-quirúrgicos, especialmente aquellos que son factores de riesgo de incontinencia, tales como la paridad, tipo y morbilidad del parto, cirugía pelviana, como amputación abdominoperineal, histerectomía radical, radioterapia pelviana incluso sin cirugía, recidiva de infecciones, uropatías obstructivas, medicamentos, la diabetes o condiciones neurológicas (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, lesión medular, disrrafia medular), problemas del suelo pélvico y la disfunción intestinal o sexual. Además, indagar en factores predisponentes como es la medicación habitual, ya que, algunos de estos factores pueden ser eliminados, como la ingesta de cafeína⁴⁷.

Evaluación de los síntomas

En la Historia Clínica se deben recoger las características de los escapes, la duración e intensidad. Si el escape va precedido de sensación miccional (incontinencia por urgencia), si es consecuencia de un esfuerzo abdominal, como la tos o la risa (incontinencia de esfuerzo), si presenta una combinación de ambas (incontinencia mixta) o si se produce durante el día o

la noche (enuresis), son características del tipo de incontinencia, que aisladas no permiten un diagnóstico definitivo, pero sí permiten una orientación clínica muy útil.

La intensidad del síntoma es importante, si son gotas o claramente vacía la vejiga, el paciente con una incontinencia muy grave no realiza micciones espontáneas pues está perdiendo permanentemente. Si la protección se realiza con un absorbente tipo pañal o quizá con sólo un salva-slip, da una idea de la intensidad de la pérdida y ayuda a entender cómo puede afectar a la vida habitual del paciente.

Se debe detallar la duración de los escapes, la relación sincrónica con otros síntomas, especialmente neurológicos, su evolución en el tiempo y los factores que hagan que empeoren, como catarros o estados de ansiedad. Aporta información útil la alteración del hábito defecatorio y la función sexual, especialmente cuando se produce de forma sincrónica. Por tanto, una descripción detallada de los síntomas realizada por el paciente y cómo afectan a su vida diaria puede ayudar a extraer información fundamental⁴⁶.

Síntomas como la frecuencia y la urgencia pueden ayudar a realizar un diagnóstico diferencial, para poder determinar si son producto de la hiperactividad del detrusor, de una deficiencia uretral, o de una combinación de ambos.

5.2. Exploración física

Comienza por la exploración de la actitud del paciente al entrar en la consulta, la observación de la marcha, su coordinación de movimientos e incluso su conexión con el medio al iniciar la entrevista. Se debe tener en cuenta también el peso, la talla e índice de masa corporal.

Debe incluir una evaluación de probables anomalías anatómicas o neurológicas, entre ellos la observación y palpación de la columna lumbosacra en busca de estigmas que sugieran disrafia espinal que pudiesen causar o contribuir a los síntomas de IU. La inspección y palpación abdominal debe realizarse de manera exhaustiva para excluir obstrucciones, tumores o hernias, masas, cicatrices.

Se debe efectuar un examen pelviano observando los genitales externos y siendo el primer objetivo la observación de la fuga urinaria. No olvidar cualquier síntoma de prolapso de los órganos pélvicos, ya que en un estudio noruego se puso de manifiesto un prolapso significativo en un 38% de mujeres que consultaron por incontinencia^{45,46}

También debe examinarse la fortaleza del suelo pélvico, y hacer una evaluación neurológica del tracto urinario inferior, controlando los reflejos de las extremidades inferiores y las sensaciones, y también los reflejos que se encuentran en la región urogenital⁴⁶.

5.3 Diario miccional

El paciente puede llevar un control personal de las sensaciones de urgencia, la frecuencia y la incontinencia vesical mediante el registro de dichos episodios en un diario miccional. Este diario miccional debe incluir el registro de las micciones diarias, un gráfico miccional, o el gráfico frecuencia / volumen⁴⁵.

La estructura varía según los Centros. Lo más importante es la adherencia del paciente al mismo; si se aumenta su complejidad o los períodos de recogida, el paciente no lo realizará. Va a registrar el hábito miccional del paciente en su ambiente y según sus circunstancias; permite al paciente la puesta en conciencia de sus hábitos y eso posibilita realizar modificaciones de conducta para controlar síntomas urinarios y en ocasiones obtener mejoras significativas. (fig VII)

Cuando el paciente y el médico toman por rutina la recogida del diario se valora como herramienta diagnóstica y de monitorización de tratamiento, siendo en algunas disfunciones miccionales la única herramienta de valoración de respuesta al tratamiento. Como ejemplo:

DIARIO MICCIONAL							
LUNES 1/1	¿Qué ha bebido? ¿Qué cantidad?	¿Cuántas veces ha orinado?	¿Qué cantidad orina por 1ª vez? (Poca, moderada, mucha)	¿Ha sentido una fuerte necesidad de orinar?		¿Qué cantidad orina ha perdido? (Poca, moderada, mucha)	¿Qué estaba haciendo en ese momento?
Ejemplo	Café, 2 tazas	2	Mucha	Sí	No	Poca	Estornudar
6C/8*				Sí	No		
8*/10*				Sí	No		
10*/12*				Sí	No		
12*/2*				Sí	No		
2*/4*				Sí	No		
4*/6*				Sí	No		
6*/8C				Sí	No		
8C/10C				Sí	No		
10C/12C				Sí	No		
12C/2C				Sí	No		
2C/4C				Sí	No		
4C/6C				Sí	No		

Figura VII. tomada de Sesiones Clínicas en AP. (Semfyc)

Los médicos pueden solicitar a los pacientes que completen un diario miccional, donde registren la frecuencia miccional, la urgencia, incontinencia u otros detalles que ayuden a determinar el diagnóstico de IU. Como se puede observar en la Figura VII, el paciente registra la hora y el volumen de todas las micciones así como los episodios de incontinencia durante un determinado período de tiempo. El plazo habitual es de 3 a 7 días⁴⁵. Los pacientes pueden tomar conciencia de su evolución comparando sus diarios iniciales con los registros obtenidos de 1 a 2 meses después.

5.4 Análisis urinario

El análisis del sedimento urinario debe realizarse a todo paciente urológico, aunque en la mayoría de los casos sea suficiente con la tira reactiva y sólo si está alterada se realiza estudio microscópico.

Se utiliza para detectar la presencia de sustancias anormales en la orina, como proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, glóbulos rojos, hemoglobina, pigmentos biliares, glóbulos blancos (leucocitos, pus); lo que podría indicar que el paciente requiere evaluación más profunda, derivándolo a un especialista si es necesario para completar el estudio con pruebas de imagen o endoscópicas.

Las infecciones urinarias producen sintomatología irritativa miccional, incluida incontinencia por urgencia, y otras patologías como el carcinoma vesical in situ o la litiasis vesical.

El cultivo de orina sólo se realizará en el caso en el que el sedimento sea patológico, y el manejo de la piuria estéril debe realizarse con cuidado por la posibilidad de tuberculosis genitourinaria.

5.5 Residuo post miccional (PVR)

La medición del volumen del residuo post-miccional (PVR) cuantifica la orina residual en la vejiga después de la micción del paciente y puede ayudar en el diagnóstico. Puede llevarse a cabo mediante cateterización o por ecografía. El cateterismo es la más exacta de las dos técnicas, pero existe riesgo de trauma e infección. El uso de ecografías presenta menor

riesgo de infección y es más aceptado por el paciente; sin embargo, es menos precisa y requiere un buen nivel de formación y cualificación del operador.

Debido a que el PVR puede variar y que no está bien definido su rango normal, las mediciones de PVR pueden resultar insuficientes o puede ser necesario repetirlas. Sin embargo, en algunas poblaciones, el deterioro del vaciamiento vesical es bastante frecuente en pacientes con síntomas de urgencia, y los resultados de esta prueba pueden ser de importancia en la elección de la estrategia de tratamiento⁴⁷.

6. TRATAMIENTO

6.1 Tratamiento farmacológico

6.1.1 Tratamiento farmacológico de la hiperactividad vesical.

Es la responsable de la incontinencia urinaria de urgencia. Parece que los síntomas de la hiperactividad vesical son el resultado de mecanismos biogénicos y neurológicos. Ambos factores pueden contribuir a la génesis de este trastorno. En una reunión internacional de consenso (3rd International Consultation on Incontinence) se establecieron diversos grados de evidencia y de recomendación para los distintos fármacos actualmente disponibles para el tratamiento de la incontinencia urinaria (tabla II)⁴⁸.

6.1.1.1 Fármacos antimuscarínicos (anticolinérgicos)

Los antimuscarínicos bloquean, más o menos selectivamente, los receptores muscarínicos. En la hiperactividad vesical estos fármacos actúan bloqueando los receptores en el músculo detrusor que son estimulados por la acetilcolina, que a su vez es liberada por la actividad del sistema nervioso parasimpático. De este modo, disminuyen la capacidad de la vejiga para contraerse. Estos fármacos actúan principalmente durante la fase de llenado, disminuyendo la sensación de urgencia miccional y aumentando la capacidad vesical.

Por otra parte, estos fármacos actúan como antagonistas competitivos, es decir, bloquean los receptores muscarínicos competitivamente. Ello implica que cuando hay una liberación masiva de acetilcolina, como ocurre durante la micción, los efectos farmacológicos disminuyen⁴⁸.

Los antimuscarínicos son empleados todavía en el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia. Sin embargo, estos fármacos carecen de selectividad sobre la vejiga y producen efectos secundarios en otros órganos y sistemas que pueden limitar su empleo⁴⁹.

Los efectos secundarios periféricos de estas drogas son muy conocidos: parálisis de la acomodación ocular (visión borrosa), estreñimiento, taquicardia, sequedad de boca, confusión. Además están totalmente contraindicados en el glaucoma de ángulo estrecho no tratado.

Varios son los antimuscarínicos usados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva. A continuación se reseñan los más importantes con su nivel de evidencia y grado de recomendación.

-Aminas terciarias:

Atropina: es el fármaco patrón del grupo. Producen importantes efectos adversos; sin embargo, vale en pacientes con vejiga hiperactiva de causa neurógena la administración intravesical incrementa la capacidad vesical sin producir tantos efectos secundarios sistémicos. Nivel de evidencia 3, grado de recomendación C3.

Tolterodina: no tiene selectividad sobre los receptores muscarínicos, parece que predomina la inhibición de las contracciones vesicales durante la fase de llenado sobre la inhibición de la salivación. Produce una reducción significativa de la frecuencia y el número de episodios de incontinencia urinaria de urgencia. Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A3⁵⁰.

Darifenacina: presenta una reducción de los efectos adversos como la disminución de la sequedad de boca y estreñimiento debido al bloqueo de los receptores muscarínicos M3. Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A3

-Aminas cuaternarias:

Propantelina: nivel de evidencia 2, grado de recomendación B.

Trospio: nivel de evidencia 1, grado de recomendación A. Tiene acción sobre la vejiga neurógena y no neurógena.

6.1.1.2 Fármacos de acción mixta

Se trata de drogas con más de un mecanismo de acción. Todas ellas tienen un efecto antimuscarínico más o menos pronunciado y, además, una acción directa sobre el músculo vesical.

-*Oxibutinina*: presenta acción directa de relajante muscular sobre el músculo detrusor y anestésico local. Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A3

-*Propiverina*: acción antimuscarínica y antagonista del calcio. Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A3.

-*Flavoxato*: su principal mecanismo de acción es ser relajante muscular liso directo. No está recomendado para el tratamiento de la vejiga hiperactiva.

6.1.1.3 Fármacos activos sobre los canales de membrana

-Antagonistas de los canales de calcio

-Facilitadores de los canales de potasio

6.1.1.4 Antagonistas de los receptores alfaadrenérgicos (tamsulosina, alfluzosina, terazosina, terazosina, doxazosina). En mujeres estos fármacos pueden causar incontinencia urinaria de esfuerzo. Nivel de evidencia 3, grado de recomendación C3.

6.1.1.5 Antagonistas de los receptores betadrenérgicos

6.1.1.6 Antidepresivos tricíclicos

6.1.1.7 Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

6.1.1.8 Análogos de la vasopresina

6.1.1.8 Otros fármacos:

-baclofeno, toxina botulínica.

6.1.2 Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

El tratamiento de la IUE se dirige a incrementar las fuerzas de cierre uretral mediante el aumento del tono del músculo liso de la uretra y de la musculatura estriada del suelo pelviano.

-duloxetina: es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y de serotonina. Produce un incremento significativo de la actividad muscular del esfínter estriado durante la fase de llenado y almacenado vesical. Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A3⁵¹.

6.1.3 Tratamiento farmacológico de la incontinencia por rebosamiento⁵⁴.

La incontinencia urinaria por rebosamiento es el escape de orina que ocurre a un volumen por encima de la capacidad vesical normal. Se debe a la incompetencia de la vejiga para vaciarse completamente (durante la fase de vaciado), a consecuencia de la debilidad contráctil del detrusor o por obstrucción del tracto de salida vesical⁵⁵.

El tratamiento se basa en una evaluación urodinámica previa. Se han empleado fármacos simpaticomiméticos o agonistas colinérgicos por efecto del incremento de la contractilidad del detrusor in vitro⁵³.

6.1.4 Tratamiento hormonal de la incontinencia urinaria.

En una reciente revisión Cochrane⁵⁵ se concluye que los estrógenos pueden mejorar o curar la incontinencia urinaria y la evidencia sugiere que esto es más probable que ocurra con incontinencia urinaria de urgencia.

6.2 Intervenciones en el estilo de vida:

Pueden ser útiles en todos los tipos de IU incluyendo el aporte de líquidos, evitando el consumo de bebidas con cafeína y alcohol, tratando la constipación y la tos, promoviendo el dejar de fumar y fomentar la pérdida de peso. Además, vestir con ropa cómoda que no ejerza presión sobre el abdomen.

6.3 Entrenamiento vesical:

Para la IU de urgencia, de esfuerzo o mixta.

Ejercicios musculares para reforzar el suelo pélvico (ejercicios Kegel). Son recomendables para IU de esfuerzo, mixta y de urgencia. Especialmente recomendados tras el parto. Consiste en tres series de 8 a 12 contracciones lentas y sostenidas durante seis a ocho segundos cada una, tres a cuatro veces por semana al menos durante 15 a 20 semanas.

Ejercicio físico, sobre todo para reforzar la musculatura abdominal.

6.4 Mujeres con laxitud del piso pélvico:

Y/o prolapso de órganos pélvicos que rechazan la cirugía podrían beneficiarse con pesarios de continencia.

6.5 Opciones quirúrgicas para IU de urgencia:

Son limitadas y conllevan una morbilidad significativa.

La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en las que el tratamiento conservador ha fracasado o en aquellas con IUE moderada-intensa. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión.

Existen alrededor de 200 procedimientos quirúrgicos diferentes para tratar la IUE, pero, pueden agruparse en tres tipos básicos: colposuspensiones, cabestrillos uretrales e inyectables uretrales⁵⁴.

6.5.1 *Inyectables uretrales*

Es el procedimiento menos invasivo y puede efectuarse con anestesia local. Inicialmente este procedimiento fue descrito para IUE por deficiencia esfinteriana intrínseca, aunque también puede ser eficaz en pacientes con hipermovilidad uretral. Una gran variedad de sustancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa, cada uno de ellos con diferente propiedad biofísica que afecta a la biocompatibilidad, tendencia a la migración, durabilidad y seguridad.^{70,72}

La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical.

En la actualidad, los datos disponibles sugieren, pero no prueban, su eficacia en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva a corto plazo de la IUE^{71,72}, con tasas variables de éxito (curación más mejoría) de 30-80%, pero que disminuyen significativamente con el tiempo. En mujeres con importantes comorbilidades puede ser una opción útil teniendo en cuenta que serían necesarias 2 ó 3 inyecciones en 12 meses para obtener un resultado satisfactorio.

6.5.2 Cabestrillos suburetrales

Pueden subdividirse en cabestrillos clásicos y mallas libres de tensión tipo TVT.

En las clásicas, se han utilizado tanto materiales autólogos (fascia lata, duramadre) como sintéticos (Mersilene^R, Gore-Tex^R). Su indicación esencial es en aquellas pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca. Asimismo, están indicados en mujeres con cirugía previa para IU fracasada. Un lazo se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra.⁷⁵ Las tasas de curación (definida como continencia completa) se sitúan en 73-95% y las de éxito (mejoría o continencia) en el 64-100%⁵⁵. Los resultados parecen ser mejores en pacientes no tratadas previamente y las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical con retención (1-4% de las pacientes), hiperactividad vesical, incontinencia de novo, incontinencia (6-14% de las pacientes) y erosión del

cabestrillo (sobre todo los sintéticos) en vejiga, uretra y vagina⁵⁵. En general, los materiales autólogos parecen estar asociados con una mayor tasa de éxito y con menor número de complicaciones.⁷⁴

La malla suburetral libre de tensión TVT se ha convertido en el procedimiento más popular en el tratamiento de la IU. Es menos agresivo que cualquiera de los otros procedimientos de cabestrillo, pudiendo incluso realizarse bajo anestesia local. Su propósito es restablecer la adecuada fijación de la uretra media al pubis, reforzando los ligamentos pubouretrales. Una cinta de polipropileno se inserta por vía vaginal alrededor de la uretra distal, dejándola sin tensión bajo ella, de manera que ejerza la suficiente presión sobre la uretra durante los incrementos de la presión abdominal para prevenir el escape de orina⁷⁹. Las tasas de curación se sitúan alrededor de 66-91%, con eficacia mantenida más allá de 5 años y una satisfacción del 85% de las pacientes intervenidas⁷⁹. Los datos disponibles indican también que estas tasas de curación son similares a las obtenidas con procedimientos de colposuspensión abiertos⁷³. La complicación intraoperatoria más frecuente es la perforación vesical (en torno a 9% de los pacientes), aunque también se aprecian disfunciones de vaciado vesical (3-5% de las pacientes), infecciones urinarias (6-22%) e hiperactividad vesical, incontinencia de novo, incontinencia (3-9%). Son raras, no obstante, las erosiones de la malla.

Recientemente se ha introducido una modificación técnica según la cual la malla suburetral es introducida en un plano horizontal por debajo de

la uretra entre ambos agujeros obturadores de forma percutánea con un tunelizador. Los resultados preliminares son prometedores.

6.5.2 Colposuspensiones

Las colposuspensiones indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la IUE.⁷⁶ Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos⁷⁷.

La colposuspensión de Burch ha sido la más ampliamente estudiada, con tasas de curación (restablecimiento completo de la continencia) del 73-92%, con unas tasas de éxito (curación o mejoría) del 81-96%⁷⁷. Además estas tasas se mantienen en el tiempo ya que a los 5-10 años el 70% de las pacientes continúan continent⁷⁷. Las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical (en el 2-27% de las pacientes) y la hiperactividad vesical, incontinencia novo, incontinencia (8-27%). El grado de satisfacción de las pacientes es alto (82%).

Una reciente revisión sistemática sobre la efectividad de la colposuspensión laparoscópica puso de manifiesto que las pacientes sometidas a este procedimiento tenían un 8% más de riesgo de IU que las tratadas mediante colposuspensión abierta. Las tasas de curación subjetivas (85-100%) fue-

ron comparables a los 6-18 meses de seguimiento, al igual que las complicaciones

6.6 Catéteres vesicales, deben ser la última opción.

El diagnóstico precoz y el tratamiento de la IU deberían ser una prioridad sanitaria, ya que la importancia de los resultados en cuanto a prevalencia y calidad de vida evidencia que es un problema de salud de gran importancia y que se puede tratar para conseguir que los pacientes mejoren en su calidad de vida y nivel de salud⁵⁷.

1. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Uno de los motivos para realizar estudios en este campo se basa en la evidencia de que los síntomas afectan a pacientes diferentes a través de mecanismos diferentes. Por un lado, la presencia de cualquier síntoma, desde el momento que implica una alteración de la fisiología, produce un efecto directo en la enferma: el escape de orina moja su ropa interior. Por otro lado, y lo que es más importante, se produce la repercusión que condiciona el síntoma en los hábitos de vida de la paciente, es decir, cómo le afecta ese síntoma en concreto en su rutina diaria.

El intento de valorar la calidad de vida considerando todas estas dimensiones supone un cambio en el enfoque de la relación médico-paciente (a través de la repercusión de éstos sobre la paciente).

1.1 ¿ Qué es calidad de vida?

La definición de “salud” de la OMS como estado completo de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad, se plantea como inaplicable si nos retrotraemos a principios del siglo pasado; es decir, que la definición de “salud” que se aplica actualmente está condicionada por el marco temporal concreto de la sociedad en la que se analice

1.2 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud pretende considerar la percepción por la paciente de los distintos fenómenos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Tiene consideración cómo afectan los síntomas o secuelas, así como los tratamientos y sus efectos secundarios o colaterales sobre diversos ámbitos de su vida, ya sean físicos, emocionales, sociales, económicos, etc. En sentido amplio, se refiere a la salud desde el punto de vista del enfermo; es decir, la autopercepción de la morbilidad.

La evaluación de la calidad de vida mediante medidas estandarizadas tiene interés desde múltiples puntos de vista: en la práctica clínica, para la detección y monitorización de problemas médicos en pacientes individuales y como ayuda en la entrevista clínica con el enfermo, en la evaluación de los resultados en ensayos clínicos, en estudios poblacionales, como percepción de problemas sanitarios y para evaluar la repercusión de la enfermedad en

la población general, en la evaluación de las políticas sanitarias y de investigación, así como en el estudio de coste-eficacia.

Cómo medir la calidad de vida relacionada con la salud

En general, se considera que hay sistemas satisfactorios para medir la frecuencia y gravedad de las enfermedades a través de las encuestas de prevalencia y valoración de síntomas⁸³. Sin embargo, no existe una medida establecida y reconocida para la medición de la calidad de vida. Con este propósito, la OMS desarrolló cuestionarios, conocidos como WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF, disponibles a través de Internet en diversos idiomas, que pueden ser usados en diferentes entornos culturales como herramienta de medición y comparación de resultados en la calidad de vida relacionada con la salud en sentido amplio.

Para ello, la OMS los define con cuatro niveles diferenciados de valoración de los problemas de salud:

La patología, observable a nivel microscópico (moléculas, célula, tejido)

La deficiencia (las anormalidades observables en las funciones o estructuras de cualquier tipo de órgano).

La discapacidad o limitación funcional del individuo para desarrollar funciones sociales o familiares, normales o esperadas.

La minusvalía, que se mantiene a un nivel relacional (es decir, que afecta al individuo como ser social).

Este último nivel es el que estaría relacionado con la calidad de vida respecto a la salud.

Sin embargo, la interpretación de los datos de la calidad de vida relacionada con la salud es compleja. Los resultados de los cuestionarios se expresan en forma de números abstractos sin significado biológico, cuyas unidades están definidas. Ello conlleva a la controversia sobre cómo se definen los niveles de calidad de vida y si los cambios estadísticamente significativos en una determinada escala representan cambios clínicamente relevantes.

Otra característica en contra es la extensión de los cuestionarios. Constan de 90 preguntas en algunos casos, lo que lo hacen poco prácticos para su uso en clínica. Por ello, se intentan validar formas abreviadas (short-form) de los cuestionarios más usados en investigación tratando de desarrollar una herramienta más práctica.

1.4. IU y Calidad de Vida

Aunque la incontinencia no es una enfermedad mortal, se ha demostrado que se asocia con mayor necesidad de ayuda externa, mayor número de ingresos hospitalarios y mayor tasa de mortalidad¹⁰. El estudio de Fultz y col⁴⁴ muestra una tasa significativamente más alta de depresión en pacientes con IU aunque esto no reduce su actividad social ni afecta su autoestima. Se comprueba una tasa mayor de depresión y ansiedad en quienes padecen de IU, siendo la IU por urgencia significativamente mayor que IU de esfuerzo. La presencia de depresión puede dificultar la motivación para rea-

lizar un programa prolongado de rehabilitación perineal. Además, la depresión puede empeorar tras un tratamiento quirúrgico fallido, pero no mejora tras un procedimiento exitoso.

Por otra parte, la valoración de la incontinencia por diferentes mecanismos ha mostrado que el efecto de la incontinencia sobre la calidad de vida no está relacionado con el grado de incontinencia valorado por otros sistemas objetivos, como puedan ser la urodinámica y el pad test.

Muchas pacientes experimentan vergüenza, pérdida de autoestima, depresión y aislamiento. Produce una serie de consecuencias negativas, como discontinuidad de la actividad laboral, sexual y social; y está considerada una de las causas principales de ingresos prematuros en instituciones para la tercera edad.

Los problemas de control de la vejiga pueden afectar al descanso, puesto que la personas que la padecen se levantan varias veces durante la noche (más de dos veces) y esto puede provocar fatiga y alteraciones del sueño⁴⁰.

Impacto de la IU en la Vida de los Pacientes	
Categoría Funcional	Impacto
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> . Estado de ánimo depresivo, síntomas de depresión . Pérdida de autoestima . Culpa por considerarse una carga . Temor de oler a orina . Preocupación debida a las pérdidas de orina

Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> . Ausencias regulares del puesto de trabajo . Salidas frecuentes de las reuniones o constante ausencia de su mesa de trabajo . Incapacidad de concentración
Estado Físico	<ul style="list-style-type: none"> . Limitación o suspensión de las actividades físicas . Disminución de la ingesta de líquidos con el objeto de reducir las visitas al wc.
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> . Evitar la actividad sexual

Fig.VIII extraída de Sesiones Clínicas en AP. Semfyc.

La IU puede influir en un número de áreas que son importantes para mantener una adecuada calidad de vida incluyendo funciones físicas, sociales y mentales, además de las percepciones de salud en general¹⁶⁻¹⁷. (fig VIII) La mayor frecuencia urinaria, la mayor cantidad de pérdida diaria y el mayor número de escapes urinarios se han relacionado con una peor percepción de la calidad de vida de la paciente con IU.

Los aspectos de la vida diaria que más se afectan son el sueño y descanso, la movilidad, el comportamiento emocional, la interacción social y las actividades de recreo.

1.5. Cuestionarios para evaluar la calidad de vida

Para valorar el estado de salud de los pacientes y su calidad de vida se cuenta actualmente con dos tipos de instrumentos de valoración (adecuados y validados) :

- Generales: independientes del diagnóstico, desarrollados para su uso en diferentes enfermedades sobre el estado de salud, así como para establecer valores poblacionales de referencia.

- Específicos: diseñados para su utilización en pacientes con un tipo de problema en concreto suponiendo un incremento de la sensibilidad del test.

1.5.1 Generales

Hay muchos tipos. Cada uno de ellos valora los diferentes componentes de la calidad de vida como el funcionamiento físico, emocional y social. También valoran los síntomas.

Algunos ejemplos son:

- a -*Sickness Impact Profile*. SIP (El Perfil del Impacto de la enfermedad): mide el estado de salud evaluando el impacto de la enfermedad sobre las actividades diarias y la conducta.^{58,59}

- b -*Nottingham Health Profile*. NHP (El perfil de salud de Nottingham) mide seis tipos de experiencias asociadas a la enfermedad, dolor, movilidad física, sueño, reacciones emocionales, energía y aislamiento social.^{58,60}

- c - *Quality of Well Being* (Escala de bienestar QWB) mide tres aspectos del estado de salud, movilidad, actividad física y actividad social.⁵⁸

- d -*Index of activities of daily living AVD* (Índice de actividades de la vida diaria de Katz) que describe en el ámbito clínico del estado funcional de los pacientes de edad avanzada.⁶⁸

e *-Karnosky Performance Scale* (Escala de realización de Karnosky).⁶²

1.5.2 Específicos

Son cuestionarios dirigidos específicamente a cada enfermedad y va dirigido a la preocupación específica del paciente y del clínico.

a- *King's Health Questionnaire*⁶³ (KHQ) (Encuesta de Salud de King). Fue inicialmente diseñado para mujeres y posteriormente validado también en hombres. Contiene cuatro secciones. La primera, contiene dos dominios que miden la percepción del paciente de su estado general de salud y el impacto de los síntomas urinarios en su vida. La segunda contiene catorce preguntas que permiten al paciente graduar el impacto de los síntomas urinarios sobre cinco dominios de su calidad de vida (limitación del rol, limitaciones físicas y sociales, sueño y energía). La tercera, evalúa la gravedad de las medidas de protección asociadas con la incontinencia (número de compresas o cambios de ropa, etc.). La cuarta, consiste en una escala aparte de gradación de diferentes síntomas urinarios. Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta tipo Likert con cuatro posible opciones. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (mejor CVRS) a 100 (peor CVRS)

Recientemente se ha publicado una versión corta con sólo dos dominios (limitaciones en la vida diaria y salud mental) con resultados psicométricos prometedores.^{62,63,64.}

b- *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)* (Cuestionario del impacto de la Incontinencia). Consta de treinta ítems para evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en mujeres respecto a las actividades y emociones. El resultado de la validación de este instrumento de estudio indicó que era bueno, válido y sensible.⁶⁷

c- *Urinary Incontinence Quality of Life Measure (I-QOL)* (Medida de la calidad de vida en la incontinencia urinaria). Mide la repercusión en las actividades de la vida diaria. Consta de 2 preguntas con respuestas según una escala de cinco puntos. Contiene 3 subescalas con las dimensiones de conductas de limitación y evitación, impacto psicosocial y vergüenza social.

65,68,69

d- *ICIQ-SF* consta de 4 preguntas, puntuándose las tres primeras, cuya suma permite obtener la calificación global. La cuarta pregunta, no puntuada, indica lo que percibe el paciente como causa de la incontinencia en su caso. Mide la intensidad de los síntomas de la incontinencia urinaria.

e- *York Incontinent Perceptions Scale* (escala de percepción de la incontinencia de York) que consta de 8 puntos para evaluar el impacto psicosocial de la IU.

f- *La Forma Corta de la Encuesta HRQL*⁶³

Todos los estudios sobre niveles de calidad de vida en personas que padecen esta disfunción, demuestran que son significativamente más bajos que en las personas sin incontinencia.

Por tanto, se ha de considerar la IU como una enfermedad muy prevalente, que debe ser correctamente diagnosticada y tratada y que en nuestras manos queda tener un mejor conocimiento de dicha patología para poder mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Muchos pacientes con IU comentan que se avergüenzan de su situación. Esta vergüenza se manifiesta a través de comportamientos que los pacientes pueden sentirse obligados a adoptar con el objeto de evitar la pérdida accidental de orina, incluyendo:

- Restricciones en la ingesta de líquidos.
- Permanecer cerca de instalaciones sanitarias tanto en el hogar como en los lugares públicos.
- Planificación de los tiempos para orinar, orinar antes de salir de casa, vaciamiento vesical obsesivo.
- Verificar la ubicación de los posibles servicios públicos antes de aventurarse a salir del hogar.
- Utilizar y llevar encima compresas absorbentes.
- Llevar ropa adicional por si ocurriera algún accidente.
- Selección minuciosa de las prendas de vestir, ropa interior y zapatos.
- Comprobar periódicamente la ropa por posibles accidentes.
- El uso de cantidades excesivas de desodorante o perfume para enmascarar el real o supuesto olor a orina.

- Protección del mobiliario hogareño.
- Evitar la actividad sexual.

2. COSTES SOCIALES DE LA IU

La distribución de los costes se mantiene de esta manera: 56% de costes directos (por ejemplo: admisión a residencias de mayores) y pérdida de productividad, 32% en tratamientos, 9% en costos en cuidados rutinarios y 3% costes diagnósticos. Estos gastos no incluyen los costes intangibles referidos a la calidad de vida.⁸

El gasto de absorbentes en España representó en 1996 el 3,2% del total de prestación farmacéutica, porcentaje que se mantienen hasta la actualidad. En 1997, el Sistema Nacional de Salud gastó en absorbentes 150 millones de euros, que para el 2001 alcanzó los 210 millones de euros¹³. En el Área de Salud 6 de Madrid, en el año 2000, supuso el 8,8% del gasto de farmacia. Como dato significativo, el 20% de las mujeres y el 5% de los varones mayores de 65 años utilizan absorbentes.

En Estados Unidos, en el año 2000, el coste total alcanzó los 20 billones de dólares casi el doble de la década pasada.²¹

Al realizar un diagnóstico etiológico y no sólo administrar medidas paliativas como la prescripción de absorbentes, los gastos sanitarios se elevan y podrían reducirse con una adecuada política como es la prevención y el diagnóstico precoz³.

3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

La IU frecuentemente se asocia a otros cuadros clínicos como la candidiasis perineal, celulitis y úlceras por presión por constante maceración de la piel e irritación, infecciones urinarias, sepsis urinarias en portadores de catéteres vesicales, alteraciones del sueño y morbilidad psicológica (pobre autoestima, aislamiento social, depresión, disfunción sexual). Además, el que ancianas padezcan IU es un condicionante para que sus familiares decidan institucionalizarlas. La IU no se asocia con incremento de la mortalidad.

II.-OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

- 1) Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 45 años en una Zona Básica de Salud.
- 2) Determinar si existe asociación entre factores etiológicos conocidos e incontinencia urinaria en mujeres mayores de 45 años en una Zona Básica de Salud.
- 3) Valorar la calidad de vida de mujeres mayores de 45 años con incontinencia urinaria.

III.- MATERIAL Y MÉTODOS

I. MATERIAL

TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo, analítico, de tipo transversal (sin conflictos éticos).

MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 1 de Enero de 2008, Castilla-La Mancha contaba con 2.043.100 habitantes repartidos entre sus cinco provincias. A pesar de ser la tercera región más extensa de España, detrás de Castilla y León y Andalucía, es una de las menos pobladas situándose en el noveno puesto de entre las demás comunidades autónomas españolas. La población representa el 4,32% de la población nacional.

Presenta una densidad de población de 25,71 hab/Km², la región posee la menor densidad de población de toda España, situándose la media estatal en 88,6 hab/Km².

Según el censo poblacional de 31 de Diciembre de 2007, Albacete tiene 392.110 habitantes (20,3% de la población de Castilla La Mancha), con una densidad de 25,78 habitantes por Km², muy inferior a la media nacional con 87,4 hab/ Km². Se distribuye de la siguiente forma: 196.772 varones, 195.338 mujeres.

Albacete tiene un total de 87 municipios, 309 núcleos y pedanías y 15 mancomunidades de municipios. Del total de la población, aproximadamente el 95% tiene una población menor de 10.000 habitantes siendo un 15% de éstos de ámbito rural, un 23, 2% semirrural y el 61,5% urbana.

Hellín, se encuentra situado en la región de Castilla la Mancha, al sureste de la provincia de Albacete, y, a su vez, forma parte de la Comarca de Campos de Hellín, la cual se compone de otros cuatro Términos Municipales (Ontur, Albatana, Tobarra y Fuente Álamo). Se constituye como centro de la subárea comercial llegando hasta los términos de Riópar y Yeste por el oeste. Suma una superficie aproximada de unos 1.321 km² y alberga su comarca aproximadamente 40.000 habitantes.

Nuestro estudio se realiza en la población de Hellín, único municipio de más de 30.000 habitantes de la provincia de Albacete.

Hellín destaca por ser el municipio con mayor extensión (788 km²) de los de la comarca a la que pertenece, y está formado por las siguientes pedanías: Rincón del Moro, Nava de Campana, Torre Uchea, Minateda, La Horca, Isso, Agra, Cañada de Agra, Mingogil, Agramón, Cancarix y Las Minas. Segundo municipio de la provincia de Albacete después de la capital, y el cuarto en extensión, después de Albacete, Villarrobledo y Almansa.⁶⁴

Cuenta con una población total de 30.366 habitantes repartido entre 15.188 varones y 15.178 mujeres.

El elevado número de habitantes que residen en su término municipal provoca que la densidad de población de este municipio (36 hab/km^2) se sitúe muy por encima de localidades próximas como Tobarra (22 hab/km^2), Fuenteálamo (18 hab/km^2) o Albatana (29 hab/km^2).

DEMOGRAFÍA

La evolución poblacional de Hellín durante la segunda mitad del siglo XX presenta una tendencia constante, sin fluctuaciones considerables, si bien cabe destacar dos puntos de inflexión significativos:

Entre los años 60 y los 80 la población decayó en más de 4.000 habitantes.

En los últimos 25 años, la población ha crecido en 4.400 habitantes, cifra que supone un crecimiento del 15% en 20 años.

El término de Hellín se distribuye en 13 cascos urbanos, agrupando el de Hellín a un 84% del total de habitantes. De las pedanías existentes, Isso es la mayor, con un 8% de la población del municipio.

El movimiento natural de la población presenta un balance positivo, dado que la natalidad supera en 2,71 puntos por mil a la mortalidad, si bien el hecho de que la tasa de nacimientos se halle estabilizada y la de defunciones posea una tendencia ascendente apunta a un posible proceso de envejecimiento demográfico (tendencia que aparecerá, posteriormente, reflejada en la pirámide poblacional).

El movimiento natural de la población presenta un balance positivo, dado que la natalidad supera en 2,71 puntos por mil a la mortalidad, si bien el hecho de que la tasa de nacimientos se halle estabilizada y las defunciones posea una tendencia ascendente apunta a un posible proceso de envejecimiento demográfico (tendencia que aparecerá, posteriormente, reflejada en la pirámide poblacional).

Como consecuencia de todo lo anterior, el crecimiento vegetativo de Hellín es bastante limitado, se tiene en cuenta que durante el año 2.000, para una población de 26.581 hellineros, el crecimiento vegetativo se redujo en 72 nuevos habitantes.

La población local presenta un marcado carácter endógeno, que se evidencia en el hecho de que el 65% de los habitantes nacieron en Hellín, y el 24% en otro municipio de Castilla –La Mancha. Por otra parte, se aprecia un predominio de la inmigración intraautonómica a nivel nacional o interno y, desde el ámbito externo, un incremento considerable en el número de inmigrantes extranjeros a lo largo de los últimos años. La pirámide de la población es de tipo regresiva, lo que indica la existencia de un proceso de envejecimiento, proceso que se puede observar también a partir de los índices demográficos que se muestran en el gráfico poblacional extraído del Instituto Nacional de Estadística: (fig IX)

Composición por edad y sexo de la población de Hellín
Fig IX extraída del INE (Instituto Nacional de Estadística)

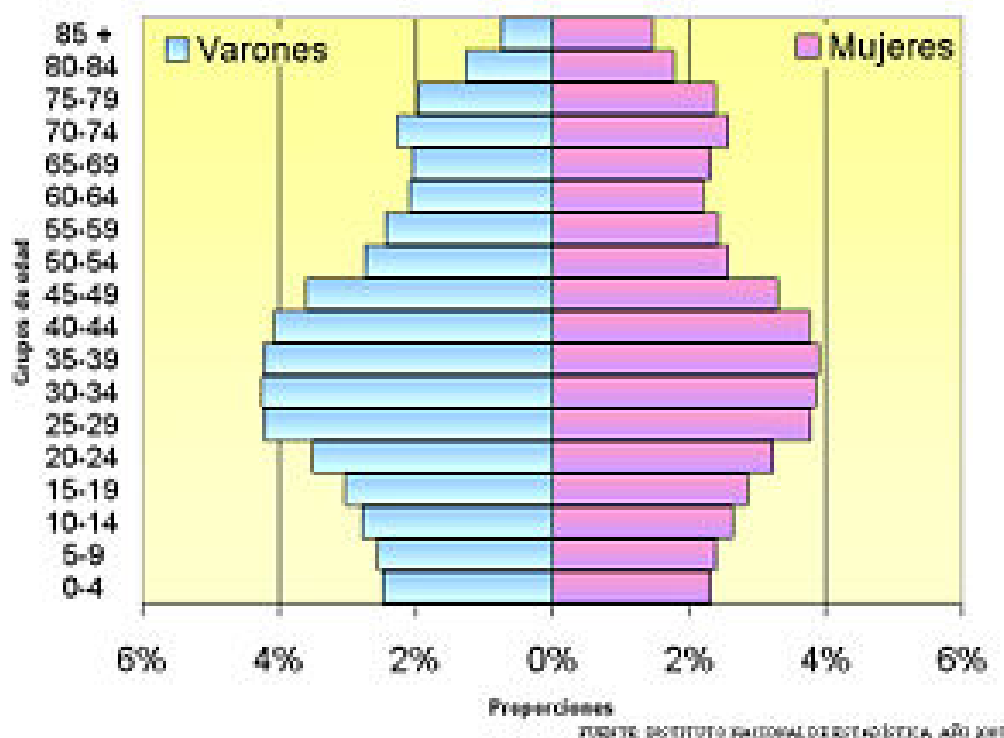


Fig IX. Composición por edad y sexo de la población de Hellín. INE.

✚ Índice de dependencia: 52,9%, por encima de Albacete (44,7%), Almansa (49,7%) e incluso ligeramente superior a la media provincial como a la autonómica (52,5 y 55,6% respectivamente).

✚ Índice de longevidad: 40,8%, por debajo de la media provincial y comarcal.

✚ Índice de tendencia: 88,8% en torno a la media regional

✚ Índice de reemplazo: 181%, cifra elevada en comparación a la del conjunto de municipios de Castilla –La Mancha (159,7%), o los de Albacete (170,2%).

Análisis de los recursos sanitarios de Castilla La Mancha

La planificación estratégica del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha se asienta sobre el Plan de Salud de Castilla La Mancha (2001-2010) en el que se explicita, de forma clara y concreta, los objetivos a alcanzar, las acciones a desarrollar para su consecución, en todos aquellos aspectos relacionados con la salud de los castellano manchegos, con las estructuras y servicios organizados para su cuidado.

El Decreto 30/94 de ordenación sanitaria en Castilla La Mancha establece siete áreas de salud: Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, la Mancha Centro, Talavera de la Reina y Toledo, siendo consideradas éstas como estructuras fundamentales del sistema sanitario. Atendieron en 2002, 1.755.053 castellano-manchegos.

Posteriormente la Orden de la Consejería de Sanidad, de 12 de Agosto de 1996, establece la delimitación de 187 Zonas de Salud, como estructuras básicas del sistema sanitario público de la Región.

Finalmente, la orden de 8 de enero de 2001 modifica el Mapa sanitario de Castilla la Mancha, modificación que afecta a aquellas Zonas de Salud a las que se encuentra adscrita una población mayor de 25.000 habitantes, que por este Orden son divididas en dos Zonas, que a continuación se detallan según su nivel de asistencial:

Atención Primaria de Salud

El primer nivel de asistencia del sistema público es la Atención Primaria. Castilla La Mancha fue la primera Comunidad Autónoma en culminar la

extensión del nuevo modelo de la Atención Primaria a la totalidad de su población (en 1996).

Se encuentran delimitadas y funcionantes 187 Zonas de Salud (de las cuales sólo se consideran urbanas 46).

La población es atendida en 184 Centros de Salud y en 1.086 Consultorios Locales. La atención urgente se atiende a través de 174 Puntos de Atención Continuada.

En Albacete hay 35 Zonas de Salud, con 35 Centros de Salud, que acogen a los 367.283 habitantes que conforman su población. Además de 155 Consultorios Locales y 30 puntos de Atención Continuada. Con fecha 08/01/2001 se crearon otras tres zonas de Salud; así Albacete dispone en total de 38 Zonas de Salud.

La atención especializada se ofrece en 7 Hospitales, siendo tres de ellos de carácter privado.

Si el análisis de la organización sanitaria se centra en el municipio de Hellín, se puede comprobar que los recursos se dividen en dos grandes tipos: los referentes a la Atención Primaria y los de la Atención Especializada (hospitalaria).

Hellín cuenta con Centro de Salud, en el núcleo urbano, y 8 Consultorios distribuidos por las diferentes pedanías.

El Centro de Salud, debido a su antigüedad, requería un proyecto de rehabilitación total. Cuenta con 60 trabajadores de los que 22 son facultati-

vos, 21 enfermeros y el resto son técnicos auxiliares, administrativos, celadores, etc.

Cabe destacar la valoración subjetiva de la asistencia sanitaria. La calidad de los servicios sanitarios ofertados es la cuestión mejor valorada por los ciudadanos de Hellín, que dan una valoración media de 3,47 sobre 5. Tan sólo un 14,1% de la población manifiesta que los servicios ofertados son malos o muy malos. Esta valoración coincide con la facilidad para llegar a los Centros de Salud, donde la percepción general vuelve a ser buena.

Atención Especializada hospitalaria

El Hospital Comarcal de Hellín, debido a su ubicación junto a la carretera nacional Albacete-Murcia presenta una buena accesibilidad para todos los habitantes de la provincia. Este Centro cuenta con 120 camas de hospitalización, y su dotación tecnológica se limita a la Tomografía Axial Computarizada (TAC). Respecto a su plantilla, ésta está formada por 67 facultativos, 203 enfermeros y 92 administrativos y celadores. En total existen 23 especialidades hospitalarias, y la población potencial que recibe sus servicios es de 57.384 habitantes, ubicados en 15 municipios.

MÉTODO

2.1 TAMAÑO MUESTRAL

Se calculó el tamaño muestral, requiriéndose 250 mujeres, con un nivel de confianza del 95%. Con el objetivo de captar participantes para nuestro estudio, a toda mujer mayor de 45 años que acude a nuestra consul-

ta se le realiza una pregunta sencilla sobre si sufre incontinencia urinaria bajo los términos de “pérdida involuntaria de orina” y si desea participar en nuestro estudio.

La selección de pacientes se efectúa por muestreo aleatorio sistemático, eligiendo una de cada cinco mujeres mayores de 45 años, a partir de la lista diaria de pacientes de nuestra consulta de Atención Primaria, aplicándoles los criterios de inclusión y exclusión, que a continuación se detallan, y de acuerdo a ellos, se obtiene un tamaño de muestra de 250 pacientes.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres mayores de 45 años.
- Sufrir incontinencia urinaria de diverso tipo y grado.
- Acepten participar en la encuesta.
- Haber completado la encuesta.
- Formen parte de nuestro cupo de pacientes.

Criterios de Exclusión :

- Encuesta incompleta.
- Falta de colaboración de las entrevistadas.
- Mujeres menores de 45 años.
- No haber tenido ningún episodio de incontinencia urinaria o que haya sufrido menos de tres episodios en el último año.

2.2 RECOGIDA DE DATOS

A las pacientes seleccionadas que dieron su consentimiento tras ser informadas debidamente, se les asignó una cita programada y se les invitó a que respondieran al cuestionario específico que contenía las variables del estudio (Anexo 1), además de detectar el tipo de patología relacionada con la IU que padecían y el grado de afectación en su calidad de vida.

2.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Fiabilidad y consistencia de los cuestionarios utilizados

Se determinó en el estudio la consistencia interna o variabilidad del conjunto de ítems que son capaces de medir la suma de puntuaciones, utilizando el coeficiente alfa para cada escala.

Con objeto de comprobar si las preguntas estaban relacionadas con la puntuación total y si su valoración ascendía en el mismo sentido que la de la escala global, se empleó el coeficiente de correlación lineal simple, observando su tamaño, signo positivo y grado de significación. Este coeficiente se utilizó para preguntas débilmente relacionadas con la puntuación (coeficientes inferiores a 0,5).

2.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Para describir la distribución de cada variable como índices estadísticos, se calcularon porcentajes en el caso de variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para sintetizar la distribución de las variables cuantitativas, así como intervalos de confianza. Como índices comple-

mentarios, se consideró en estas últimas la asimetría de la distribución y el grado de apuntamiento respecto la ley normal, con objeto de comprobar la idoneidad en la aplicación de posteriores tests estadísticos que exigen la normalidad de la distribución de las variables.

Los datos fueron sintetizados mediante la oportuna tabulación y representados gráficamente mediante diagramas rectangulares o sectores proporcionales en el caso de variables nominales u ordinales y diagrama de barras o polígonos de frecuencias en el caso de variables cuantitativas discretas.

2.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Variable Independiente

1.1 Incontinencia Urinaria

2. Variables Dependientes

2.1. Variables Cuantitativas Discretas:

2.1.1. Edad. Agrupamos a las pacientes por rangos de edad: de 45 a 54 años, 55 a 64 años, 65 a 74 años y mayores de 75 años.

2.1.2. Número de Partos, obteniendo los datos en tres categorías: mujeres sin partos previos (nulípara), mujeres con un parto previo, mujeres con más de un parto.

2.1.3. Antecedentes de infecciones urinarias, obteniendo los datos y colocándolos en tres categorías: mujeres que no han padecido infecciones urinarias en el último año, mujeres que han padecido al menos un cuadro de in-

fección urinaria en el último año, mujeres que han padecido más de una infección urinaria en el último año.

2.2. Variables Cualitativas dicotómicas:

Se valoran la presencia o ausencia de las siguientes variables. La paciente encuestada responderá SI o NO.

2.2.1. Encontrarse en estado de menopausia

2.2.2. Padecer estreñimiento crónico

2.2.3. Tener antecedente de cirugías ginecológicas (incluyendo cesáreas).

2.2.4. Tener antecedente de alteraciones neurológicas (enfermedad de Parkinson, ictus)

2.2.5. Tener prescritos fármacos asociados al desarrollo de incontinencia urinaria.

2.3. Variable cualitativa dicotómica ordinal:

2.3.1. Valoración de la calidad de vida de las pacientes que padecen alguna forma de incontinencia urinaria, basado en la puntuación obtenida del cuestionario OAB-SF (Overactive Bladder Questionnaire Short Form, en inglés. Cuestionario OAB reducido, en español). Este instrumento fue desarrollado para valorar la percepción del paciente frente a sus síntomas y el impacto en su calidad de vida respecto a la salud, empleado tanto en pacientes continentales como incontinentes con vejiga hiperactiva. Cuenta con validación al idioma español.

El cuestionario OAB reducido consta de seis ítems de la Escala de Molestias Urinarias y trece ítems de la Escala de Valoración de Calidad de Vida respecto a la Salud (HRQL Scale Short Form).

Los resultados definirán afección leve, moderada o grave de la calidad de vida de las pacientes con IU.

SEIS ITEMS DE ESCALA DE MOLESTIAS URINARIAS	
Durante las últimas cuatro semanas ha estado molesta por:	
1 ... ¿	Presenta una desagradable urgencia para ir a orinar ?
2 ...¿	Repentina urgencia miccional con o sin aviso?
3 ... ¿	Ha perdido accidentalmente pequeñas cantidades de orina?
4 ... ¿	Nicturia ?
5 ... ¿	Se ha despertado de noche porque tiene que orinar?
6...¿	Pérdida de orina asociada con fuerte deseo de orinar ?

Puntuación:

1 punto: No

2 puntos: Raro

3 puntos : Algo

4 puntos: Cierta molestia

5 puntos: Molestias marcadas

6 puntos: Gran molestia

TRECE ITEMS DE LA ESCALA HRQL (CALIDAD DE VIDA RELACIONADA)

CON LA SALUD) – FORMA CORTA
¿Durante las últimas cuatro semanas con qué frecuencia ha presentado síntomas miccionales...
1. ...que hayan provocado la necesidad de localizar de localizar servicios higiénicos en lugares públicos ?
2. ...que hayan provocado que sienta que algo malo ocurre?
3. ...que no dejen descansar por la noche ?
4. ...que provoque disminución de su actividad cotidiana (ejercicios, deporte)?
5. ...que provoque que evite cualquier tipo de actividad que le mantengan alejado de los servicios higiénicos (caminatas, senderismo ?
6. ...que le haya provocado frustración porque pasa mucho tiempo cerca de los servicios higiénicos ?
7. ...que le mantenga despierta durante horas de sueño ?
8. ...que le cause malestar mientras viaja con otras personas por la necesidad de ubicar servicios higiénicos?
9. ...que afecte su relación con familia y amigos?
10. ...que le cause vergüenza?
11. ...que interfiera con la cantidad de horas de sueño que requiere?
12 ...que le cause problemas con su pareja?
13...que le provoque la necesidad de ubicar un servicio higiénico cuando llega a un lugar en el que nunca ha estado ?

Puntuación:

1 punto: Nunca

2 puntos: Rara vez

3 puntos: Algunas veces

4 puntos: Buena parte del tiempo

5 puntos: La mayor parte del tiempo

6 puntos : Todo el tiempo

Cada ítem de las dimensiones específicas del OAB-q SF tiene una escala de respuesta tipo Likert con 5 posibles opciones de respuesta que se puntúan de 1 a 5, donde el 1 equivale al mejor estado de salud y el 5 el peor estado de salud.

La puntuación global se obtiene de la suma que va de 2 a 10 puntos

2.4 INSTRUMENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se elaboró una encuesta de la que se obtuvieron datos sobre la presencia de factores reconocidos asociados a incontinencia urinaria en mujeres mayores de 45 años, que respondieron todas las mujeres mayores de 45 años de la consulta.

Se incluye en esta encuesta el Cuestionario OAB reducido (OAB – q SF) que, como ya se comentó, consta de diecinueve preguntas, las primeras seis valoran la Escala de Molestias Urinarias y, las trece siguientes, valoran la Calidad de Vida con respecto a la Encuesta HRQL corta. La valoración obtenida cuenta con validación internacional, sobre todo la versión en español.

Esta encuesta será contestada únicamente por las mujeres mayores de 45 años con sintomatología de incontinencia urinaria que acuden a la consulta y que no fueron excluidas.

2.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el Paquete Estadístico Informático SPSS 12 Versión para Windows.

Para asociar las variables cuantitativas con las variables cualitativas se empleará la prueba estadística t de Student. Para asociar las variables cuantitativas con otras variables cuantitativas se aplicó la prueba estadística coeficiente de correlación de Pearson, puesto que son ambas variables de una muestra aleatoria de individuos y porque tienen distribución normal en la población de la cual proceden.

IV.- RESULTADOS

1-ANÁLISIS DE MUESTREO:

Se obtuvieron 250 encuestas desde Junio de 2006 a Febrero de 2008 en la consulta de Atención Primaria del Centro de Salud de Hellín, terminando el estudio con la última encuesta.

Durante esta temporalidad, se atendieron 2367 mujeres mayores de 45 años, obteniéndose una prevalencia de Incontinencia Urinaria (IU) en mujeres mayores de 45 años del 10 % .

De las 250 pacientes encuestadas 3 (1,2 %) eran nulíparas.

Tuvieron un único parto 14 pacientes (5,6 %), correspondiendo:

3 del grupo de edad de 45 a 54 años (0,2 %), 5 del grupo de 55 a 64 años (0,36%),

4 del grupo de 65 a 74 años (0,29 %) y 2 del grupo de mayores de 75 años (0,14%).

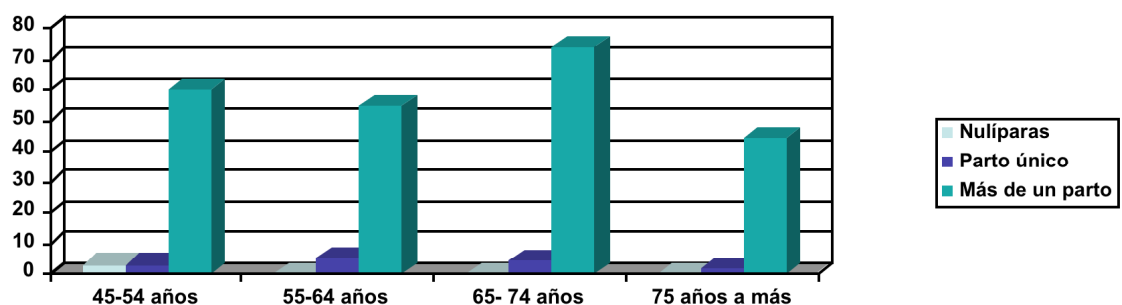


Tabla I. Número de partos vs grupos de edad

Pacientes con antecedentes de cesárea u otro tipo de intervención quirúrgica (Tabla 2), en el grupo de 45 a 54 años, 29 (11,6%) sufrieron algún

procedimiento quirúrgico gineco-obstétrico con anterioridad; 23 (9,2 %) en el grupo de 55 a 64 años, 30 (12 %) para el grupo de 65 a 74 años y 21 (8,4%) para el grupo de 75 años a más edad.

No se realizó ningún procedimiento quirúrgico gineco-obstétrico en 147 de las encuestadas lo que representa el 58,8%.

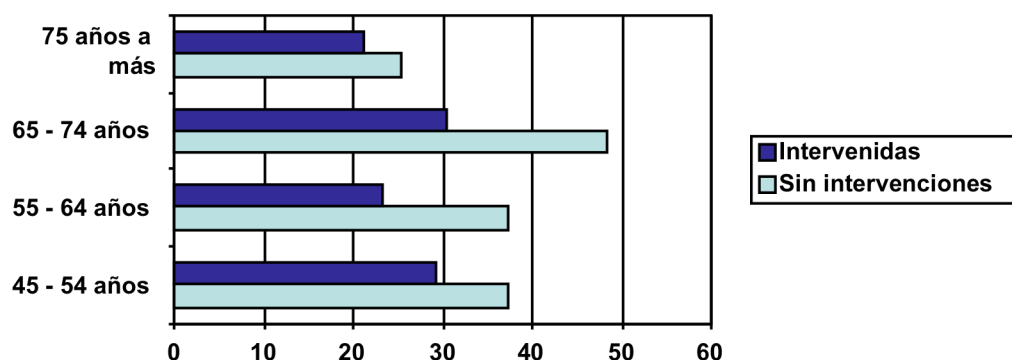


Tabla II. Intervenciones quirúrgicas gineco-obstétricas vs grupos de edad

En cuanto a la presencia de menopausia y grupos de edad (Tabla 3),

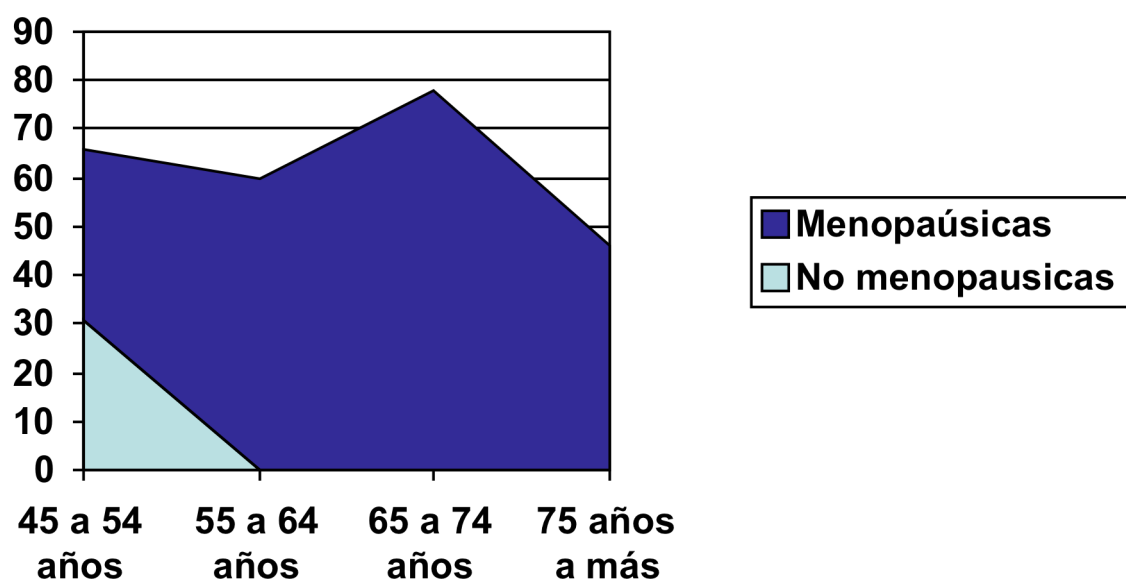


Tabla III. Presencia de menopausia vs grupos de edad

aún no presentaban menopausia 31 (12,4 %) mujeres del grupo de 45 a 54 años y de ellas 35 (14 %) ya se encontraban en esta etapa, 60 (24%) presentaban menopausia en el grupo de 55 a 64 años, 78 (40%) en el grupo de 65 a 74 años y 46 (18,4%) en el grupo de 75 años a más.

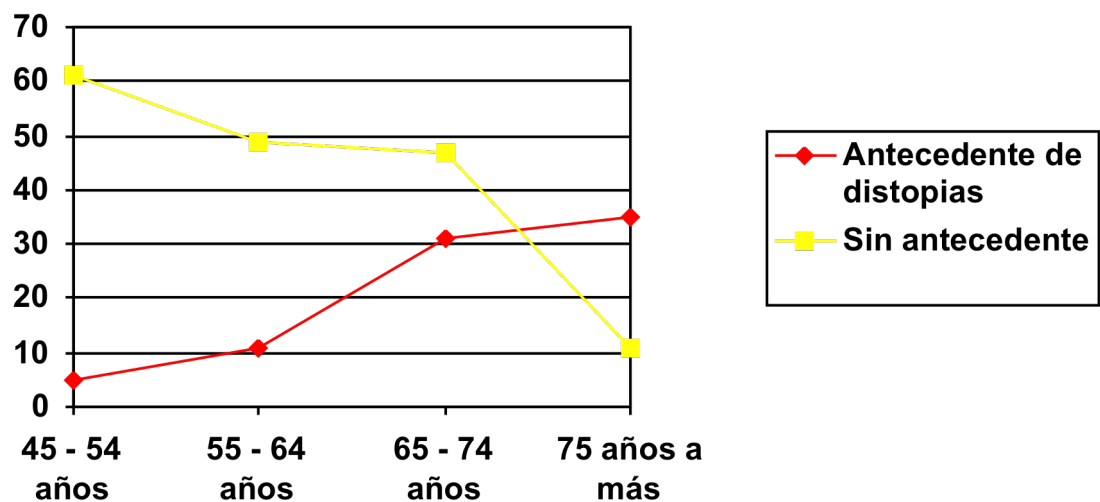


Tabla IV. Antecedentes de distopias vs grupos de edad

De las 250 pacientes entrevistadas, 82 presentaban antecedentes de distopia (32,8 %) (Tabla 4): 5 (2 %) pertenecían al grupo de 45 a 54 años, 11 (4,4%) al grupo de 55 a 64 años, 31 (12,4 %) se encontraban en el grupo de 65 a 74 años y 35 (14%) conformaban el grupo de 75 años a más.

Las pacientes que presentaron infección urinaria documentada en el último año (Tabla 5) fueron 22 (8,8 %) en el rango de edad de 45 a 54 años, de las cuales 19 (7,6 %) sólo presentó un episodio de ITU y 3 (1,2 %) presentaron dos episodios.

En el grupo de 55 a 64 años, 19 (7,6 %) sufrieron algún episodio de ITU, de las cuales 17 (6,8 %) tuvieron un episodio y 2 (0,8 %) tuvieron dos episodios.

El grupo de 65 a 74 años, 16 (6,4 %) padecieron infecciones urinarias, de las cuales 15 (6 %) presentaron un único episodio y 1 (0,4 %) dos episodios.

Finalmente en el grupo de 75 años o más, 12 (4,8 %) presentaron infecciones urinarias, de las cuales 9 (3,6 %) presentaron un único episodio, 2 (0,8 %) dos episodios y 1 (0,4 %) tres episodios.

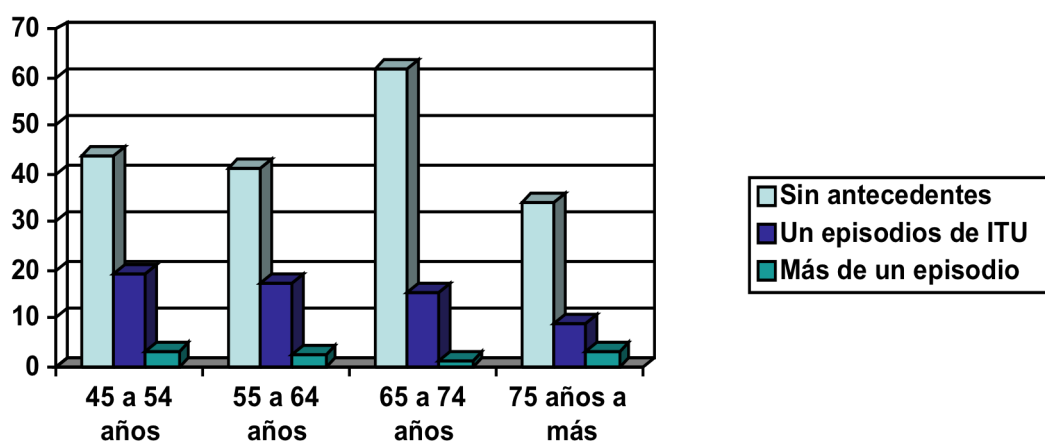


Tabla V. Antecedentes de ITU vs grupos de edad

El estreñimiento crónico (Tabla VI) se presentó en 176 (70,4 %) pacientes, de las cuales 40 (16 %) pertenecían al grupo de edad de 45 a 54 años, 42 (16,8 %) al grupo de 55 a 64 años, 60 (24 %) al grupo de 65 a 74 años y 34 (13,6 %) al grupo de 75 años o más.

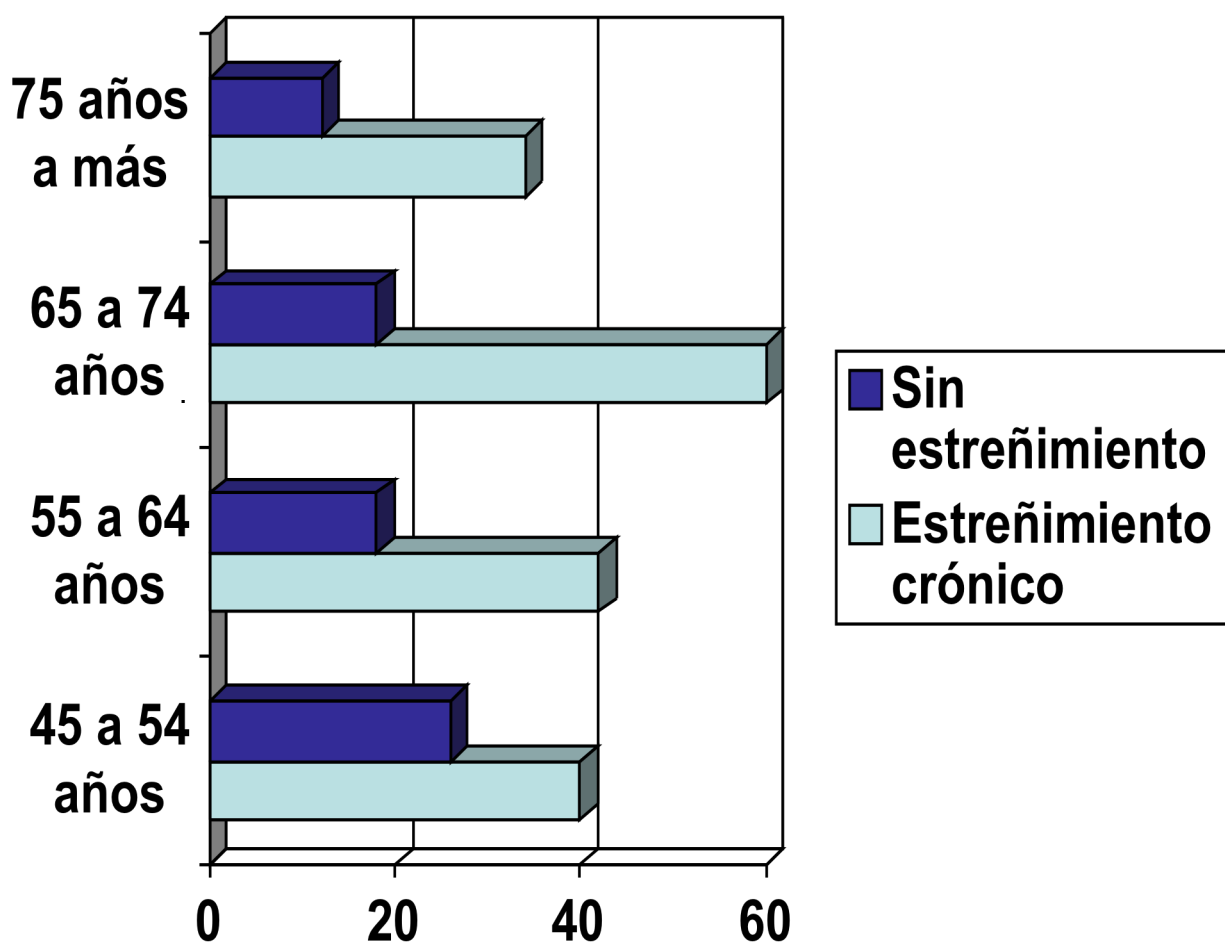


Tabla VI. Estreñimiento crónico vs grupos de edad

En cuanto a la presencia de antecedentes neurológicos relacionadas con la IU (Tabla 7), se presentó en 45 (18 %) de las pacientes encuestadas, 1 (0,4 %) en el grupo de 45 a 54 años, 4 (1,6 %) en el grupo de 55 a 64 años, 13 (5,2 %) en el grupo de 65 a 74 años y 27 (10,8 %) en el grupo de 75 años a más.

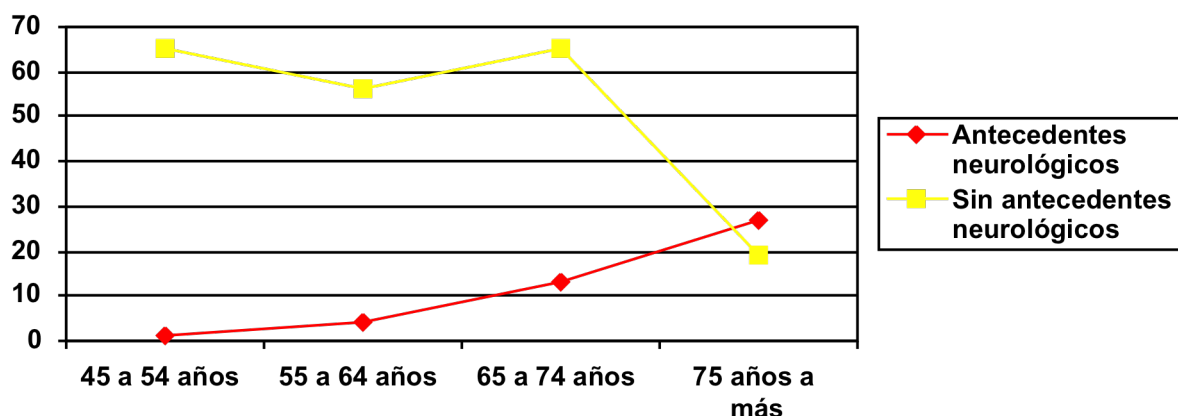


Tabla VII. Antecedentes neurológicos vs grupos de edad

Al relacionar la variable consumo de fármacos con la aparición de incontinencia urinaria (Tabla 8), se obtuvo que 219 (87,6 %) de las pacientes encuestadas habían consumido algún tipo de fármaco que predisponía a padecer IU; 40 (16%) pertenecen al grupo de 45 a 54 años, 55 (22 %) al grupo de 55 a 64 años; 78 (31,2 %) al grupo de 65 a 74 años y 46 (18,4%) al grupo de 75 años o más

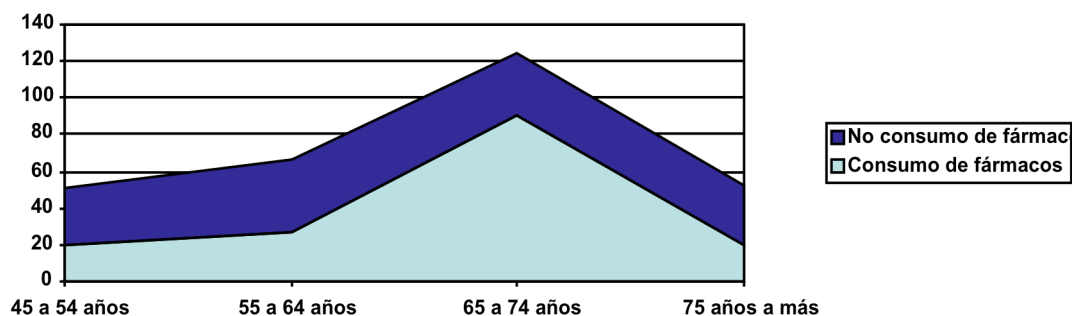


Tabla VIII. Consumo de medicamentos relacionados a IU vs grupos de edad

2. CALIDAD DE VIDA

Se obtuvieron los siguientes resultados para la encuesta OAB con sus 6 ítems correspondientes expresados en la Tabla IX:

En el grupo de 45 a 54 años, constituido por 66 (26,4 %) mujeres, 55 (22 %) calificó como aceptable calidad de vida frente a los síntomas de IU, 7 (2,8%) como regular calidad de vida y 4 (1,6%) como mala o inaceptable calidad de vida.

En el grupo de 55 a 64 años, formado por 60 (24%) pacientes, 32 (12,8 %) calificaban con aceptable, 26 (10,4 %) regular y 2 (0,8%) con inaceptable calidad de vida.

En el grupo de 65 a 74 años formado por 78 (31,2%) pacientes, 10 (0,4%) tuvieron aceptable calidad de vida, 43 (17,2 %) regular y 25 (0,1%) inaceptable calidad de vida

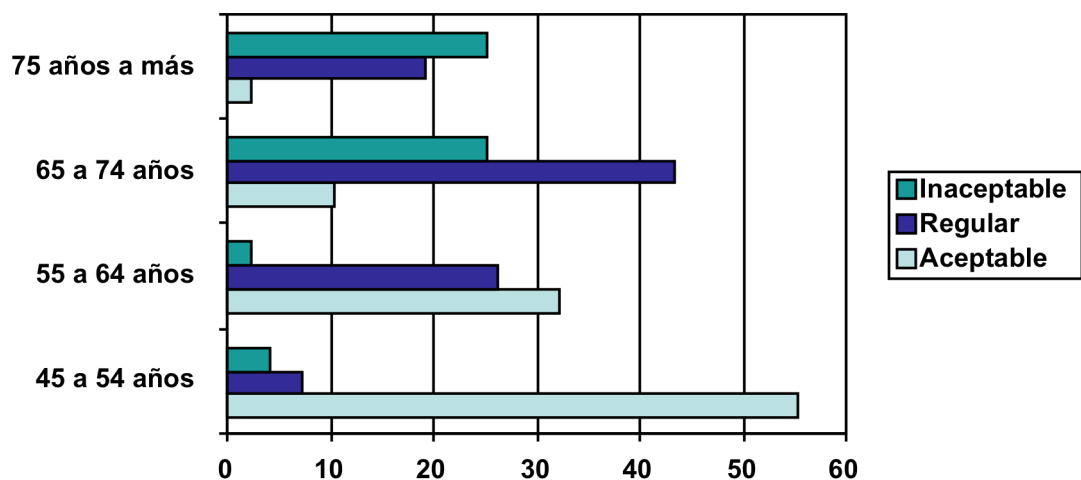


Tabla IX. Calidad de vida OAB vs grupos de edad

Por último, en el grupo de 75 años a más, formado por 46 pacientes (18,4 %), 2 (0,8 %) tuvieron aceptable calidad de vida, 19 (7,6 %) regular y 25 (0,1%) inaceptable calidad de vida.

En cuanto al cuestionario HRQL en su forma corta con sus 13 ítems correspondientes (Tabla 10) de manera similar al estudio QAB, se redujo la calificación a aceptable calidad de vida (1 y 2 puntos), regular (3 y 4 puntos) y mala o inaceptable (5 y 6 puntos). En el grupo de pacientes de 45 a 54 años (26,4 %), 32 (12,8 %) calificaron como aceptable calidad de vida, 9 (3,6 %) como regular y 5 (0,2 %) con calidad de vida inaceptable.

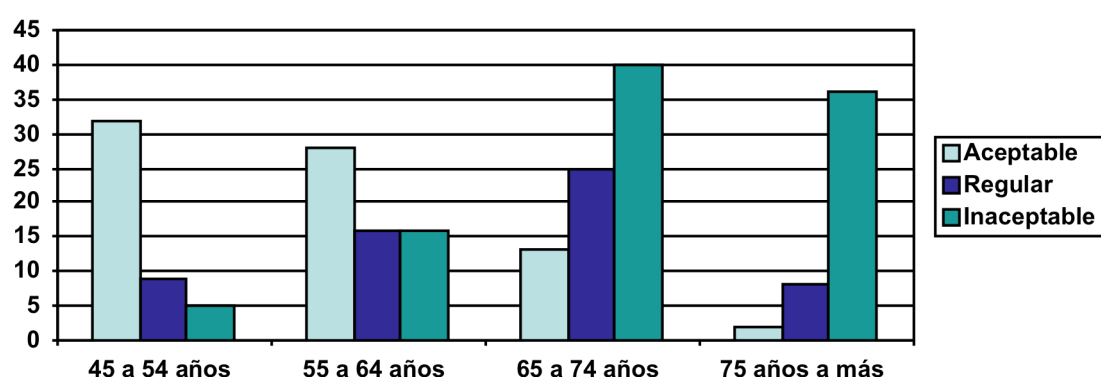


Tabla X. Encuesta HRQL vs grupos de edad

En el grupo de 55 a 64 años (24 %), 28 (11,2%) calificaron como aceptable calidad de vida, 16 (6,4 %) como regular y 16 (6,4%) como inaceptable.

Para el grupo de 65 a 74 años (31,2%), 13 (5,2%) calificaron como aceptable calidad de vida, 25 (0,1%) como regular, y 40 (16%) como inaceptable.

En mayores de 75 años (18,4%), 2 (0,8%) tuvieron aceptable calidad de vida como calificación, 8 (3,2 %) como regular y 36 (14,4%) como inaceptable.

3. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE ASOCIACIÓN DE VARIABLES:

Al relacionar la variable Edad con sus respectivos intervalos, 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años y mayores de 75 años con la variable Número de Partos, se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre variables.

La variable Edad con la variable Antecedentes de intervenciones quirúrgicas ginecobstétricas no tuvo una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Al relacionar la variable Edad con la variable Menopausia se obtuvo una relación significativa ($p < 0,05$) entre variables.

Al relacionar la variable Edad con la variable Antecedente de haber padecido infecciones urinarias, no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) al relacionar la variable Edad con la variable Distopia.

Al relacionar la variable Edad de mujeres con IU en sus diversos intervalos con la variable Estreñimiento crónico no se obtuvo relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la variable Edad de mujeres con IU y Antecedentes de haber sufrido alguna alteración neurológica ($p < 0,05$).

Al relacionar la variable Edad de mujeres con IU con sus respectivos intervalos y la variable Antecedente de consumo de fármacos relacionados con IU se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Los resultados de la encuesta OAB q – SF fueron divididos como dos variables independientes relacionadas con la calidad de vida:

1. Al relacionar la variable Edad de mujeres afectadas por IU con la variable OAB – Percepción de molestias urinarias, se obtuvo una relación estadísticamente significativa. ($p < 0,05$).
2. Se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la variable Edad de mujeres afectadas con IU y la variable Calidad de vida en relación a la salud (encuesta HRQL).

V.- Discusión

1.De la prevalencia

Los resultados obtenidos respecto a la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) en la consulta del Centro de Salud de Hellín en mujeres mayores de 45 años fué del 10%, cifra que resulta concordante con estudios como el de Holroyd y col.⁵, el cual menciona que la prevalencia de IU en mujeres se mantiene entre el 3 y el 55% y que en España particularmente va en aumento desde un 1% a un 8% en mayores de 55 años.

En otras publicaciones, como la obtenida en el II Congreso Nacional sobre Disfunciones del Suelo Pelviano (Vigo – España, 4 y 5 de marzo 2004), mencionan que en otros países europeos como Suecia, el 31% de las mujeres entre 20 a 59 años presenta algún defecto del suelo de la pelvis, pero sólo el 2% llega a tener trascendencia clínica^{45,46}.

En nuestro estudio se obtuvo una prevalencia sólo del 10%, probablemente debido a que en otras poblaciones nacionales y europeas presentan un porcentaje más elevado de personas mayores de 64 años que padecen IU que son las que consultan y en quienes se detecta el problema clínico. Mención aparte es tener en cuenta, que para muchas pacientes la IU es un problema “a ocultar”.^{62,65,66}

Hunškaar y col.⁸⁰ recopilaron datos postales aleatorios de mujeres de más de 18 años de Francia, Alemania, España y Reino Unido. Este estudio

demuestra que la prevalencia de IU es del 35% y que la IU de esfuerzo es el tipo más común.

Estos descubrimientos también revelaron que más de un tercio de las mujeres experimentaron UI, pero dos tercios de las afectadas nunca consultaron con los profesionales de la salud sobre su tratamiento.

El aumento de la edad, intensidad y duración de los síntomas de la incontinencia demostró que estaban asociados.^{59,61}

Para Espuña y col.^{12,13} la IU afecta al 50-65% de pacientes institucionalizados.

Aunque nuestro estudio difiere en prevalencia con otros nacionales e internacionales, se debe tener en cuenta la elevada incidencia de la incontinencia urinaria en la población femenina así como su relación con múltiples patologías lo que hace que sea éste un tema básico de salud para el conocimiento y puesta en práctica por todo médico de Atención Primaria.

2. Del número de partos y grupos de edad

En nuestro estudio se encontró asociación entre los grupos de edad y el número de partos, a pesar de que no se valoró la importancia conocida del primer parto sobre la futura IU, se debe considerar que esta asociación existe, siendo comentada por la Dra. Papponetti sobre un artículo de Rortveit y col.⁷⁹ donde menciona que mujeres mayores de 25 años, después del primer parto, tienen mayor riesgo de incontinencia comparado con las de me-

nor edad; sin embargo, la edad del último parto parece tener menos importancia.

Quedan por determinar aún los efectos de la instrumentación en el parto (fórceps, vacuum, parto distócico). La IU se atenúa cuanto mayor es la edad de la paciente y desaparece en el grupo de 50 a 64 años.

Concuerda con resultados previos obtenidos del estudio EPINCONT, las mujeres nulíparas presentan una prevalencia del 11%. Hay mayor prevalencia en mujeres de mayor edad que han tenido partos vaginales frente a las que han sufrido cesárea que ocuparían el grupo intermedio. Aún queda por determinar si estas diferencias se deben al efecto de la instrumentación.

3. De las Intervenciones gineco-obstétricas y grupos de edad

Se demostró asociación entre los grupos de edad y la variable Intervenciones Quirúrgicas Gineco-Obstétricas (incluyendo la cesárea). Para Rortveit y col.⁸⁰ las mujeres que tuvieron una cesárea presentaron mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria frente a mujeres nulíparas. Las mujeres que tuvieron partos vaginales tuvieron riesgo moderado a intenso mayor que las mujeres que habían sufrido una cesárea.

Las cesáreas estuvieron asociadas a incontinencia de estrés e incontinencia de tipo mixto, mientras que los partos vaginales incrementaban el riesgo de incontinencia por estrés, lo que sugirió que el mecanismo de extracción en partos vaginales pudiera corresponder como factor asociado a la IU.

En nuestro estudio no se encontró diferencia significativa entre las mujeres que habían tenido cesárea y aquellas que tuvieron partos eutócicos⁸². Brubaker y col.⁸⁸ aportaron que la forma de parto no afectaba la incontinencia, pero observaron que incrementaba la prevalencia de síntomas de Incontinencia por estrés después de un parto vaginal. Ésta fue similar en magnitud, al incremento de prevalencia de cualquier tipo de incontinencia. Press y col.^{58,85} concluyen que la incontinencia urinaria de estrés postparto disminuye con la cesárea, no así con la incontinencia grave o de urgencia.

4 De los partos vaginales

Los partos vaginales se asocian fuertemente con cirugías tardías realizadas para reparar la Incontinencia Urinaria de estrés, pero esta asociación está modificada por factores maternos e intervenciones durante el parto. No se ha encontrado asociación entre la cirugía para la incontinencia urinaria y el embarazo per se^{82,84}.

El inicio de los síntomas de la IU durante el primer parto y el puerperio conlleva un aumento del riesgo de padecer síntomas a lo largo del tiempo⁸⁴.

La mayor prevalencia está relacionada con la edad, el número y tipo de parto. La edad de inicio de la incontinencia se encuentra entre los 30 y 50 años.

El número de casos es mayor en las mujeres con partos por vía vaginal. Un estudio realizado en Dinamarca⁶⁰ confirma que no influye tanto el

número de partos pero sí el tipo. Se estudiaron 6240 mujeres entre 20 y 59 años. Como factores de riesgo de padecer IU se demostraron la edad en torno a 40 años o más en el momento del segundo parto, la presencia de IU inmediata después del parto, la IU durante la gestación, la epifisiotomía y el tipo de sutura realizada.

La incontinencia urinaria postparto afecta al 30% de las mujeres. Algunos estudios han demostrado que el parto vaginal mal atendido puede dañar los músculos y los ligamentos que soportan los órganos pélvicos e inducir a ese escape involuntario de orina. Brubaker y col.^{60,,81,88} corroboran que el parto vaginal es el principal factor de riesgo para dañar el suelo pélvico, si bien no se puede evitar, los médicos deben intentar mitigar los daños con una adecuada atención pre y posparto.^{83,85}

5. De la menopausia y grupos de edad

En nuestro estudio se observó que existe asociación entre los grupos de edad con IU y la menopausia. El estrés y la incontinencia son comunes en mujeres postmenopáusicas. Esto está condicionado por diversos factores de riesgo. Muchas pacientes además de ser mayores y postmenopáusicas, han tenido partos previamente y sobrepeso. Casi la mitad fueron fumadoras ocasionales o habituales y la quinta parte tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica.^{86,87,89}

La reintervención era común en el 29,2 % de los casos y el tiempo entre procedimientos reconstructivos era menor conforme aumentaban las rein-

tervenciones²⁰. Se sugiere que la modificación de estos factores de riesgo y la prevención podrían prevenir la IU.

Hay otros factores específicos para los distintos tipos de incontinencia⁶¹, entre ellos tendríamos, según Nedstrand⁹⁰ y col. los trastornos vasomotores (79%), la pérdida de la actividad sexual (50%), la disuria (22%) y las infecciones urinarias recurrentes (4%).

Los estudios sobre poblaciones de mujeres postmenopáusicas realizados por Stenberg y col.⁹⁰ proporcionaron un porcentaje de incontinencia urinaria de hasta el 73 %. El porcentaje de pacientes cuya incontinencia era motivo de preocupación, se elevó hasta el 33%⁶².

Los estudios de cohortes realizados por Rekers y col.^{89,90} en 1992 han demostrado que las pacientes menopáusicas presentan una incidencia de incontinencia urinaria dos veces mayor que antes de presentar la menopausia.

6. De las Infecciones urinarias y grupos de edad

En nuestro estudio no se obtuvo asociación entre los grupos de edad con IU y la variable haber sufrido Infecciones urinarias. La literatura sobre este tema es escasa, aunque en algunos estudios se destaca la probable asociación entre infección urinaria de repetición como factor predisponente para la IU.^{63,64}

7. De la Distopia y grupos de edad

Se obtuvo asociación entre los distintos grupos de edad de pacientes con IU y el prolapso de órganos pélvicos. Estos resultados son comparables con trabajos recientes.

La disfunción del suelo pélvico es un gran problema de salud en mujeres mayores. La incidencia de IU se incrementa con la edad. Se presenta en un 11,1 % a los 80 años.

La incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos en la mayoría de los casos van parejos. Hasta el 60% de las mujeres que presentan prolapso de órganos pélvicos también son diagnosticadas de incontinencia urinaria.⁹⁵ Cerca del 40% de las mujeres que presentan incontinencia urinaria, a su vez, presentan algún grado de prolapso de órganos pélvicos.

Es importante comprender cómo puede afectar al funcionamiento de la IU el prolapso del tracto urinario inferior antes de iniciar el tratamiento. Los médicos que atienden a las mujeres con trastornos complejos del suelo pélvico deben estar familiarizados con una amplia gama de opciones terapéuticas^{92,93,94}

8. Del Estreñimiento y grupos de edad

En el presente trabajo no se obtuvo asociación entre los diversos grupos de edad con IU y la variable Estreñimiento Crónico.⁹⁷ No se pudo contrastar este hallazgo con literatura actual en forma de trabajos de investiga-

ción o metaanálisis, sólo se encontraron referencias en la literatura común, (libros, Tratados, etc.)

9. De las alteraciones neurológicas y grupos de edad

En nuestro estudio se obtuvo asociación entre los diversos grupos de edad de pacientes con IU y antecedentes de alteraciones neurológicas. No existe suficiente literatura médica para comparar este hallazgo.⁹¹

Es importante destacar que la patología neurológica de reciente diagnóstico asociada a IU es más frecuente según el grado de envejecimiento de la población. Un ejemplo de ello es el estudio de Pettersen y col.^{95,96,97} sobre IU después de un accidente cerebrovascular y el esperable cambio de patrones urodinámicos. Este autor asimismo destaca la conveniencia de realizar más estudios sobre dicho tema

Woodward y col.⁹⁶ en su estudio de 2007 sobre IU en pacientes afectados por enfermedad de Parkinson indica que los síntomas de IU afectan al 30-70% de su población de estudio y esta situación probablemente se puede ver agravada por el tratamiento con levodopa a altas dosis.

Kennard⁹⁷ en un artículo publicado sobre enfermedad de Alzheimer e IU destaca que esta última afecta a una de cada 10 personas mayores de 65 años, es decir, cerca de 13 millones de adultos en Estados Unidos. En Gran Bretaña se ha estimado que el 17% de las personas mayores de 65 años están afectados. La IU puede manifestarse a medida que la enfermedad de

Alzheimer progresa⁹⁷. Es cierto que la incontinencia es más frecuente en la población anciana.

10. Del consumo de fármacos y grupos de edad

Se obtuvo asociación entre grupos de edad de pacientes con IU y el consumo de fármacos que podían provocar sintomatología de IU. Existen pocos datos concluyentes en la literatura actual.

En una revisión reciente, realizada por el Servicio Navarro de Salud se recomienda evitar la polimedicación en general, atribuyéndole un nivel C de evidencia científica, especialmente los sedantes nocturnos.⁹⁸

11. De la calidad de vida y grupos de edad

En nuestro estudio, se obtuvo asociación significativa entre los grupos de edad de mujeres con IU y la variable Calidad de Vida reflejada en los resultados de las encuestas OAB y HQRL. Concuerda con los múltiples resultados de estudios multicéntricos y revisiones publicadas en la literatura médica actual.

La incontinencia urinaria representa un problema médico y social muy relevante, responsable de una morbilidad significativa que puede afectar a la calidad de vida de mujeres de todas las edades en las áreas psicológica, social, familiar, sexual y biológica.

Si se añade a esta situación el período del climaterio, que en sí constituye una etapa de cambios físicos y psicológicos difícil de asumir o enfrentar, la calidad de vida puede verse aún más afectada. La magnitud de la in-

fluencia que tiene la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida de la población de mujeres climatéricas se desconoce, por lo cual se hace cada vez más necesario investigar en él.

En 2004, Pérez y col.⁹⁹ en un estudio realizado en una zona básica de salud en España concluyeron que la IU en mujeres de 40 a 65 años es un problema de salud notable que afecta a una cuarta parte de las mujeres de mayor edad y que muestra un impacto negativo en su calidad de vida. La prevalencia y repercusión del trastorno justifican la puesta en marcha de programas coordinados de educación, promoción y prevención de la IU en el marco de la Atención Primaria.

Una revisión realizada en 2008 por Herrera y col.¹⁰⁰ indica que la IU afecta a la calidad de vida y a la función sexual siendo la IU mixta la que presenta mayor grado de afectación, en comparación a los otros dos tipos. Debido a que la IU es altamente tratable, es necesaria una evaluación integral de estos pacientes, bajo un modelo biopsicosocial, teniendo como paradigma central mejorar la calidad de vida, considerando la propia percepción del paciente.

VI. RESUMEN

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de IU en mujeres mayores de 45 años de una Zona Básica de Salud.

Determinar si existe asociación entre factores etiológicos conocidos e incontinencia urinaria en dicho grupo

Valorar la calidad de vida de mujeres mayores de 45 años con IU.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo, analítico, de tipo transversal, en el que se incluyen a las mujeres mayores de 45 años que acudieron a nuestra consulta de Atención Primaria, desde junio de 2006 a febrero de 2007. Se realiza muestreo sistemático eligiendo una paciente de cada cinco.

Como criterios de inclusión: ser mayores de 45 años, sufrir algún grado de incontinencia urinaria. Como criterios de exclusión: falta de colaboración de las entrevistadas, ser menor de 45 años, haber tenido menos de tres episodios de IU en el último año o haber realizado de manera incompleta la encuesta.

Se les cita de forma programada en la consulta y contestan al cuestionario de la forma Abreviada de Vejiga Incontinente (OAB-q SF) que toma en cuenta 6 puntos de escala de gravedad y la forma abreviada de la encuesta de calidad de vida HQRL que tomará 13 puntos al respecto.

Se consideran variables cuantitativas: edad, dividida en rangos de 45 a 55 años; 55 a 65 años y mayores de 65 años; nº de partos, puntuación de la encuesta OAB, puntuación HQRL. Como variables dicotómicas: meno-

pausia, antecedentes de infecciones urinarias, estreñimiento, cirugía ginecológica previa, alteraciones neurológicas y uso de fármacos.

Se asocian las variables cuantitativas con variables cualitativas dicotómicas con t de Student y variables cuantitativas con similares variables cuantitativas con Coeficiente de correlación de Pearson. Se empleó el Paquete Estadístico Informático SPSS 12 versión para Windows.

RESULTADOS

Se recogieron 250 encuestas dentro de la temporalidad establecida. Se obtuvo relación estadísticamente significativa entre la variable edad con el número de partos, entre las variables edad y menopausia, entre las variables edad y distopia, entre las variables edad y consumo de fármacos, entre las variables edad y alteraciones neurológicas, entre las variables edad y resultado de las encuestas OAB – SF y HRQL de calidad de vida en relación a la salud.

VII. CONCLUSIONES

Del trabajo realizado se obtienen las siguientes conclusiones:

- 1 La prevalencia de incontinencia urinaria es del 10% en la serie estudiada.
- 2 Existe asociación entre la variable Edad con sus distintos rangos y el número de partos.
- 3 Existe asociación entre la variable Edad y Menopausia.
- 4 Existe asociación entre la variable Edad y Prolapso de órganos pélvicos.
- 5 Existe asociación entre la variable Edad y Alteraciones neurológicas.
- 6 Existe asociación entre la variable Edad y Consumo de fármaco.
- 7 Existe relación estadística entre el deterioro de la Calidad de Vida según la escalas OAB y la escala HQRL, respectivamente.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Abizanda M, Bermúdez F, Carbonell C. *Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Incontinencia Urinaria en Atención Primaria*. Semergen 2002
2. Vila Coll M, Fortuny M, Gallardo M. *Incontinencia urinaria, calidad de vida y Sexualidad*. Ediciones Médicas S.L. 2005.
3. Pérez S, Hortelano M. *Incontinencia Urinaria : impacto en la calidad de vida y la familia*. Ediciones Médicas S. L 2005.
4. *Incontinencia urinaria. Guía de manejo y diagnóstico*. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud , 2000.
5. Martínez C. *Impacto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de las pacientes*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. 2006.
6. Castro D. *Tratado de incontinencia urinaria*. Asociación Española de Urología, 2000.
7. Hampel C, Wienhold D, Benken N et al. *Prevalence and natural history of female incontinence*. Eur Urol. 1997; 32: 3-12.
8. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study*. Epidemiology of incontinence in the Country of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol. 2000; 53:1150-57.
9. Hunskar S, Burgio K, Clark A, et al. *Epidemiology of Urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)*. En: Abrams P, Car-

dozo L, Khoury S, Wein A, editores. *Incontinence. Basics & Evaluation. Volumen 1. 3rd International Consultation on Incontinence, June 2004. Plymbridge Distributors Ltd. UK. 2005. 265-80.*

10. Pascual MA, Marco OY, Plaza MJ, et al. *Validity of a specific questionnaire concerning urinary problems and quality of life among the women of the canary islands (Spain). Book of Abstracts XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Washington, 2000.*

11. Holroyd J, Straus S. *Management of urinary incontinence in women. JAMA, 2004; 291, páginas 1^a y última*

12. Castro D, Espuña M, Prieto M. *Prevalencia de vejiga hiperactiva en España. Estudio poblacional. Arch. Esp. Urol. 2005; 58 Madrid –última página*

13. Reimundez, G. *La enfermedad silenciosa. Rev Esp Econ Salud. 2002;1*

14. *Proyecto FUNCIS 75/1998. Servicio Canario de Salud. Prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres de la zona Norte de Tenerife.*

15. KL, Matthews KA, Engel BT. *Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol. 1991; 146: 1255-9.*

16. Samuelsson E, Victor A, Svärdsudd K. *Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle aged women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79: 208-15*

17. Hörding U, Pedersen KH, Hedegaard L. *Urinary incontinence in 45-year-old women. Scan J Urol Nephrol. 1986; 20: 183-6*

18. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol*. 1986;136: 1022-5.
19. Holst K, Wilson PD. The prevalence of female incontinence and reasons for not seeking treatment. *New Zealand Med J*. 1988; 101: 756-8.
20. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes et al. Urinary incontinence in a community-based cohort : prevalence and healthcare-seeking. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46: 467-72.
21. Steward WF, van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003; 20: 327-8.
22. García G, Cantero R. Unidad de Suelo Pélvico. *Clínicas Urológicas de la Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Publicaciones, UCM*, 2000;8: 779-791.
23. Actualización del tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. *Boletín INFAC*. Vol 14, No 2, Febrero 2006.
24. Rodríguez–Nuñez F. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio *Clin Invest Gin Obst*. 2007;34:128-30
25. Bosch Fontcuberta M. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en ancianos en una población rural española., *Aten Primaria*, 2005; 35:67-76.

26. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167: 392-9.
27. Incontinencia Urinaria. Guía de manejo y Diagnóstico. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud , 2000.
28. Milson I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol.* 1993; 149: 1459-62.
29. Batista JE, Granda M, Rodríguez M. Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque. *SEMERGEM*, 2005; 31: 471-477.
30. Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1056-1059.
31. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in australian women. *Neurourol Urodynam* 1999; 18: 567-577.
32. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *B. M.J.* 1980; 281: 1243-5.
33. Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol Community Health.* 1981; 35:71-4.
34. Elving LB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol. Suppl* 1989; 125: 37-43. 21.

35. Burgio KL, Locher JL, Zyczynski H, Hardin JM, Singh K. Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: characteristics and predisposing factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7: 69-73.
36. Elia G, Dye TD, Scariati PD. Body mass index and urinary symptoms in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001; 12: 366-9.
37. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167: 392-9.
38. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, et al. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002; 13: 40-3.
39. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatric Soc.* 1996; 44: 1049-54.
40. Brandeis GH, Baumann MM, Hossain M, Morris JN, Resnick NM. The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: a study using the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45: 179-84.
41. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, et al. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling individuals: the Veneto study. *J Gerontol Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: 14-8.
42. Hunskar S, Ostbye T, Borrie MJ. Prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians with special emphasis on the association with dementia,

ambulatory function, and institutionalization. Norwegian J Epidemiol. 1998; 8: 177-179.

43. Zunzunegui P. *Actualización en Incontinencia Urinaria. Ate. Primaria 2003 32:337-42.*

44. Kane R, Ouslander J, Abrass I. *Geriatría Clínica 3ra. Edición. México: Mac Graw- Hill Interamericana. 1997: 136-139.*

45. *Incontinencia Urinaria. Merck, Sharp & Dohme de España. 2005*

46. Cardozo L, Staskin D, Kirby M. *Desarrollo de la incontinencia urinaria En: Cardozo L., Staskin D, Kirby M Incontinencia urinaria en atención primaria Isis Medical Media Ltd. 2000:19-37.*

47. Dwyer PL, Desmedt E. *Impaired bladder emptying in women. Aust N Z J Obstet Gynecol. 1994; 34:73-78.*

48. Andersson KE, Appell R, Cardozo L et al. *Pharmacological treatment of urinary incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence. Paris: Editions 21; 2005.*

49. Guay DR. *Clinical pharmacokinetics of drugs used to treat urge incontinence. Clin Pharmacokinetic. 2003; 42: 1243.*

50. Appell RA, Sand P, Dmochowski R et al. *Overactive bladder. Judging effective control and treatment study group. Prospective randomized controlled trial of extended-release oxybutinin chloride and tolteradine tartrate in the treatment of overactive bladder: result of the Object Study. Mayo Clin Proc. 2001; 76: 358 - 361.*

51. Diokno AC, Appell RA, Sand PK et al. Opera Study Group. Prospective randomized doubleblind study of the efficacy and tolerability of extended release formulations of oxybutinin and tolterodine for overactive bladder: results of the OPERA trial. *Mayo Clin Proc.* 2003; 78 687-670.
52. Haruno A. Inhibitory effects of propiverine hydrochloride on the agonist-induced or spontaneous contractions of various isolated muscle preparations. *Arzneim-Forsch/Drug Res.* 1992; 42: 815-820.
53. Fraser MO Chancellor MB. Neural control of the urethra and development of pharmacotherapy for stress urinary incontinence. *B. M. J. Int.* 2003; 91-97.
54. Barret DM: The effect of oral bethanecol chloride on voiding in female patients with excessive residual urine: a randomized double-blind study. *J Urol*, 1981; 126: 640-2.
55. Moehrer B, Hextall A, Jackson S Estrogens for urinary incontinence in women. *Cochrane Data- Base Syst Rev.* 2003; (2): CD001405.
56. Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del Cuestionario King's Health para la evaluación de calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000, 114: 647 – 652.
57. McDowell I., Ewell C. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires.* New York. Oxford University Press 1987

58. Bergner M., Bobbit R.A., Carter W.B., Gilson B. S. *The sickness impact profile: development and final revision of health status measure. Med Care* 1981; 19: 787-805.
59. Hunt S. M., McEwen J., McKenna S.P. *Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologist . J. Royal Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-188.
60. Hunt S. M. McKenna S. P. McEwen J. *The Nottingham Health Profile User's Manual Revised Edition* 1989.
61. Reig A., Bordes P. *La calidad de vida en la atención sanitaria. Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1994; 327-343*
62. Matza LS., Zyczynski TM, Bavendam T., *A review of quality-of- life questionnaires for urinary incontinence and overactive bladder: which ones to use and why?. Current Urology Reports* 2004; 5 : 336-342.
63. Homma Y., Uemura S., *Use of the short form of King's Health Questionnaire to measure quality of life in patients with an overactive bladder. Br Med J Intern* 2004; 93: 1009-13.
64. *Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. Gac Sanit* 1989; 3: 320 -326.
65. Berger M., Bobbitt RA., Carter W. B., Gilson B.S. *The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. Med Care* 1981; 19: 787-805.

- 66.Reig A., Bordes P. *La calidad de vida en la Atención Primaria. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1994:327-343.*
- 67.Patrick DL, Mona L. Martin Mc. et al M. Bushnell. *Cultural adaptation of Quality-of Life Measure for Urinary Incontinence. Eur Urol 1999; 36: 427-435.*
- 68.Coiné KS, Lai J-S, Zyczynski T. *An overactive bladder symptom and Quality-Of-Life Short Form : Development of the Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-aSF). 34. Joint Meeting of The International Continence Society and The International Urogynecological Association. Paris August, 23-27, 2004.*
- 69.Coine K, Matza L, Thompson C. *The responsiveness of the Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q). Quality of Life Research (2005) 14: 849 – 855.*
70. Pesce F. *Current management and unmet needs. Eur Urol supplements 2005; 4: 8-13*
71. Pickard R, Reaper J, Wyness L, Cody DJ, McClinton S, N' Dow J. *Peri-urethral injection therapy for urinary incontinence in women. The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 2004.*
- 72.Chartier –Kastler E. *SUI: Management and unmet neds. Eur Urol Supplements 2005; 4: 11-17.*
- 73.Bezerra CA, Bruschini H, Cody DJ. *Suburethral sling operations for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In : The Cochrane Library Issu 4. Chichester, UK: John Wiley & sons, Ltd. 2007.*

74. Delorme E, Droupy S, DE Tayrac R, Delmas V. *transobturator tape (Uratape): a new minimally- invasive procedure to treat female urinary incontinence. Eur Urol* 2004; 45: 203-207.
75. Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. *Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2008.*
76. Moehrer B, Carey M, Wilson D. *Laparoscopic colposuspension: a systematic review. Br J Obstetric Gynecol* 2003; 110: 230-235.
77. Dios-Diz J. *Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia, sep-oct 2000. Gaceta Sanitaria* 2003;17: 409-11.
78. Carmona E. *Resultados de la aplicación de mallas en la reparación de los defectos del suelo en la pelvis. Actos del II Congreso Nacional sobre Disfunciones del Suelo Pélvico. Vigo, 4-5, Marzo 2004.*
79. Rortveit, G; Daltveit, A; Hannestad, Y; Hunskaar, S. *Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. New Engl J Med* 2003. 348: 900 - 907.
80. Hunskaar S, Lose G, Sises D, Vos S. *The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. Br J Urol Intern* 2003. vol 324-330
81. Espuña M. *Incontinencia de orina en la mujer. Diagnóstico y tratamiento. Med Clin (Barc.)* 2003; 120: 464-72.

82. Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández M, Sanchiz V y Benages A. *Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2005; 97:pag 65-69
83. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. *Risk of stress urinary incontinence twelve years after first pregnancy and delivery. Obstet Gynecol* 2006; 108 : 248 – 254.
84. Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. *Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. Birth* 2007; 34: 228-33.
85. Brown J., Grady D., Ouslander J, Herzog R. *Prevalence of urinary incontinence and asociated risk factors in postmenopausal women. Obst Gynecol* 1999. 94: 66 – 70.
86. *Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2ª edición 2004*
87. Brubaker L. *Postpartum urinary incontinence. Br. Med. J.* 2002;324:1277-1228.
88. Salinas J. *Incontinencia urinaria en la menopausia. Congreso Nacional de Semergen* 2004
89. French L. *Urinary problems in women. Primal Care* 2009; 36:53-71viii.
90. O'Neil B, Gilmour D. *Approach to urinary incontinence in women. Diagnosis and management by family physicians. Can Fam Physician* 2003;48; 611-618

91. Buchsbaum G. *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse*. *Minerva Urol Nefrol* 2006; 58: 311-9.
92. Rush C. *Pelvis organ prolapse and stress urinary incontinence*. *Med Clin North Am*, 1995; 79: 1473-9
93. Smith P. *Pelvic organ prolapse and the lower urinary tract: the relationship of vaginal prolapse to stress urinary incontinence*. *Curr Urol Rep* 2005; 6: 340-7
94. Pettersen R. *Post-stroke urinary incontinence with impaired awareness of the need to void: clinical and urodynamic features*. *Br. J. Urol Int.* 2007; 99:1073-7
95. Woodward S. *Urinary incontinence in Parkinson's disease*. *Br J Neuroscience Nursing*, 2007, 3: 92 - 95
96. Kennard C. *Understanding the causes of urinary incontinence*. *About.com Health's Disease and Condition*. Sep 18, 2006
97. Litago MC. *Tratamiento de la incontinencia urinaria en el paciente anciano. Fármacos y terapéutica*. *Boletín de Navarra*. Vol 15, No 4. Septiembre 2007.
98. Pérez M. *Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid*. *Enfermería Clínica*, 14 2004; 14: 129-135
99. Herrera P. *Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria*. *Actas Urol Esp*, 2008. Vol I. Pág 36-42

Anexo 1 (A)

Encuesta OAB –q SF (Forma Corta Cuestionario Vejiga Hiperactiva)

El OAB – q SF es un instrumento multidimensional diseñado para valorar la percepción por parte del paciente, de síntomas derivados de la incontinencia urinaria (OAB) que impactan en su calidad de vida en relación con la salud (HRQL).

Refleja 8 puntos o ítems de la sintomatología urinaria con su correspondiente escala de gravedad y 25 puntos que valoran el impacto de la calidad de vida en relación a la salud que se subdivide en 4 campos: frustración, preocupación, alteraciones en el sueño e interacción social.

Para este trabajo se empleará: la Forma Corta del Cuestionario de Vejiga Incontinente (OAB –q SF) que tomará en cuenta 6 puntos de escala de gravedad de síntomas y 13 de impacto en la calidad de vida (HRQL) bajo el siguiente esquema :

Escala OAB-q SF

¿Durante las últimas 4 semanas ha presentado:

- 1.¿Urgencia con molestias en la micción?
- 2.¿Urgencia repentina para miccionar con escaso riesgo o ninguno de sufrir incontinencia?
- 3.¿Pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina?
- 4.¿Necesidad de miccionar durante las horas de sueño?
- 5.¿Despertarse durante las noches para miccionar ?

6.¿Pérdida de orina asociada con deseo extremo de miccionar ?

Valoración de las respuestas: (puntuación)

1.No

2.Raro

3.Algo

4.Cierta molestia

5.Molestia marcada

6.Gran molestia

Escala HRQL (13 puntos)

Durante las últimas 4 semanas ha presentado síntomas vesicales:

1.¿Que hayan provocado necesidad de localizar cuarto de baño en lugares

públicos?

2.¿Qué le hayan provocado sentirse mal?

3.¿Qué interfiera con su capacidad para obtener un adecuado descanso por las noches?

4.¿Qué haya tenido que reducir su actividad física (ejercicios, deportes, etc.)?

5.¿Ha evitado cualquier tipo de actividad que le mantuviese alejado del cuarto de baño (caminatas, senderismo, etc.)?

6.¿Se ha sentido frustrada porque acude con mucha frecuencia al cuarto de baño?

7. ¿Se mantiene despierta durante las horas de sueño?
8. ¿Le causa malestar si viaja con otras personas por la necesidad de ubicar continuamente un cuarto de baño?
9. ¿Le afecta a su relación con la familia y amigos?
10. ¿Le causa vergüenza?
11. ¿Le interfiere con la cantidad de horas de sueño que necesita?
12. ¿Le causa problemas con su pareja?
13. ¿Le provoca necesidad de ubicar un cuarto de baño de forma rápida al llegar a un lugar en el que nunca ha estado?

Puntuación:

0. Nunca
1. Rara vez
2. Algunas veces
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo
5. Todo el tiempo

ANEXO 1 (B)

Instrumento **Recolec. Datos Factores Asociados a IU, Percepción Síntomas por parte del paciente que alteran Calidad de Vida**

Factores Asociados a IU	I. Nombre del paciente (Iniciales) :	
	II. Edad del paciente :	
	III. Factores de interés asociados a Incontinencia Urinaria en mujeres :	
	1. Número de Embarazos	G <input type="text"/> AV <input type="text"/>
	2. Número de Partos Vaginales	<input type="text"/>
	3. Número de Cesareas	<input type="text"/>
	4. Número de Infecciones Urinarias en el último año :	<input type="text"/>

5. Historia de Prolapso de órgano pélvico :

6. Menopausia : Si Edad de inicio No

7. Estreñimiento Crónico : Si No

8. Antecedentes Neurológicos Asociados (Esclerosis Múltiple, Enfermedad de parkinson, Ictus, Lesión Medular, etc.)

9. Otros : (Diabetes, EPOC, Depresión)

10. Fármacos Asociados : Antihipertensivos, Antidepresivos, tratamientos hormonales u otros :

Criterios de Inclusión para continuar Encuesta :

* Ha tenido alguna vez problemas vesicales o alguna pérdida involutaria de orina ?

Si = 1 No = 0

* Ha sufrido tres o más episodios involuntarios de pérdida de orina en el último año ?

Si = 1 No = 0

> 1 Punto, Continuar :

Forma Corta del Cuestionario de Vejiga Incontinente (OAB – qSF)	
OAB - qSF	<i>Durante las últimas 4 semanas, ha presentado :</i>
	1. ¿Urgencia con discomfort para miccionar ?
	2. ¿Una repentina urgencia para miccionar con escaso peligro o ninguno, para incontinencia ?
	3. ¿Pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina ?
	4. ¿Necesidad de miccionar durante las horas de sueño ?
	5. ¿Despertarse durante las noches para miccionar ?
	6. ¿Pérdida de orina asociada con deseo extremo de miccionar ?

Escala HRQL Forma Corta	
HRQL	<i>Durante las 4 últimas semanas has presentado síntomas vesicales :</i>
	1.¿ Que hayan provocado necesidad de localizar servicios higiénicos en lugares públicos ??

	2. ¿Qué hayan provocado que sienta que hay algo mal en sí ?												1
	3.¿ Qué interfieran con su capacidad para obtener un adecuado descanso por las noches ?												1
	4.¿ Qué hayan causado que se reduzca sus actividades físicas (ejercicios, deportes, etc)												1
	5. ¿Ha evitado cualquier tipo de actividad que te mantenga alejado de los servicios higiénicos?(caminatas, senderismo)												1
	6. ¿Se ha sentido frustrada porque pasa mucho tiempo cerca de los servicios higiénicos ?												1
	7. ¿Le mantiene despierta durante las horas de sueño ?												1
	8. ¿Le causa discomfort mientras viajas con otras personas por la necesidad de ubicar servicios higiénicos ?												1
	9.¿ Afecta su relación con familia y amigos ?												1
	10. ¿Le causa vergüenza ?												1
	11. ¿Interfiere con la cantidad de horas de sueño que requiere ?												1
	12. ¿Le causa problemas con su pareja o esposo ?												1
	13. ¿Le provoca necesidad de ubicar un servicio higiénico tan rápido como llegues a un lugar que nunca ha estado ?												1

Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años:

Factores etiológicos y calidad de vida

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	250	45,00	88,00	63,6320	10,89566
N.EMBARA	250	,00	8,00	3,3400	1,22245
N.PARTOS	250	,00	8,00	3,1480	1,22478
N.INFECC	250	,00	4,00	,3440	,62226
CX.GINEC	250	,00	1,00	,4120	,49318
MENOPAUS	250	,00	1,00	,8680	,33917
ESTREÑIM	250	,00	1,00	,7040	,45741
ANTC.NEU	250	,00	1,00	,1800	,38496
FÁRMACOS	250	,00	1,00	,8720	,33476
PROLAPO	250	,00	1,00	,3280	,47043
OAB	250	1,00	6,00	3,1680	1,36941
HRQL	250	,00	6,00	3,5960	1,92030
NEDAD	250	1	4	2,41	1,077
INT.EDAD	250	1,00	3,00	2,2000	,84073
INT.OAB	250	,00	2,00	,8720	,81133
INT.HRQL	250	,00	2,00	1,0240	,88235
N válido (según lista)	250				

Tabla de frecuencia

N.EMBARA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	1	,4	,4	,4
1,00	10	4,0	4,0	4,4
2,00	48	19,2	19,2	23,6
3,00	90	36,0	36,0	59,6
4,00	61	24,4	24,4	84,0
5,00	28	11,2	11,2	95,2
6,00	10	4,0	4,0	99,2
7,00	1	,4	,4	99,6
8,00	1	,4	,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N.PARTOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	3	1,2	1,2	1,2
1,00	14	5,6	5,6	6,8
2,00	55	22,0	22,0	28,8
3,00	91	36,4	36,4	65,2
4,00	56	22,4	22,4	87,6
5,00	22	8,8	8,8	96,4
6,00	8	3,2	3,2	99,6
8,00	1	,4	,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N.INFECC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	179	71,6	71,6	71,6
1,00	60	24,0	24,0	95,6
2,00	8	3,2	3,2	98,8
3,00	2	,8	,8	99,6
4,00	1	,4	,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

CX.GINEC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	147	58,8	58,8	58,8
1,00	103	41,2	41,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

MENOPAUS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	33	13,2	13,2	13,2
1,00	217	86,8	86,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

ESTREÑIM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	74	29,6	29,6	29,6
1,00	176	70,4	70,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

ANTC.NEU

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	205	82,0	82,0	82,0
1,00	45	18,0	18,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

FÁRMACOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	32	12,8	12,8	12,8
1,00	218	87,2	87,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

PROLAPO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	168	67,2	67,2	67,2
1,00	82	32,8	32,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

OAB

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	27	10,8	10,8	10,8
2,00	73	29,2	29,2	40,0
3,00	40	16,0	16,0	56,0
4,00	54	21,6	21,6	77,6
5,00	53	21,2	21,2	98,8
6,00	3	1,2	1,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

HRQL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	12	4,8	4,8	4,8
1,00	27	10,8	10,8	15,6
2,00	56	22,4	22,4	38,0
3,00	19	7,6	7,6	45,6
4,00	38	15,2	15,2	60,8
5,00	37	14,8	14,8	75,6
6,00	61	24,4	24,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

NEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	67	26,8	26,8	26,8
2	60	24,0	24,0	50,8
3	76	30,4	30,4	81,2
4	47	18,8	18,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

INT.EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	68	27,2	27,2	27,2
2,00	64	25,6	25,6	52,8
3,00	118	47,2	47,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

INT.OAB

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	100	40,0	40,0	40,0
1,00	82	32,8	32,8	72,8
2,00	68	27,2	27,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

INT.HRQL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	94	37,6	37,6	37,6
1,00	56	22,4	22,4	60,0
2,00	100	40,0	40,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Tablas de contingencia

Tabla de contingencia N.EMBARA * OAB

Recuento		OAB						Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
N.EMBARA	,00	0	0	1	0	0	0	1
	1,00	1	5	2	0	2	0	10
	2,00	10	24	3	6	4	1	48
	3,00	13	28	13	22	14	0	90
	4,00	1	13	12	19	15	1	61
	5,00	1	2	7	6	12	0	28
	6,00	1	1	2	0	5	1	10
	7,00	0	0	0	0	1	0	1
	8,00	0	0	0	1	0	0	1
Total		27	73	40	54	53	3	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,354 ^a	40	,000	.b
Razón de verosimilitud	79,930	40	,000	
Asociación lineal por lineal	32,555	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 36 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,488			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,362	,057	6,107	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,383	,056	6,536	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.EMBARA * HRQL

Recuento		HRQL							Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
N.EMBARA	,00	0	0	0	1	0	0	0	1
	1,00	0	3	3	1	1	1	1	10
	2,00	4	5	23	1	3	3	9	48
	3,00	8	14	21	3	17	10	17	90
	4,00	0	4	6	10	10	14	17	61
	5,00	0	1	3	3	4	7	10	28
	6,00	0	0	0	0	3	2	5	10
	7,00	0	0	0	0	0	0	1	1
	8,00	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		12	27	56	19	38	37	61	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,018 ^a	48	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	88,979	48	,000	
Asociación lineal por lineal	34,743	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 45 casillas (71,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,517			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,374	,049	6,342	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,368	,054	6,242	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.EMBARA * INT.OAB

Recuento		INT.OAB			Total
		,00	1,00	2,00	
N.EMBARA	,00	0	1	0	1
	1,00	6	2	2	10
	2,00	33	8	7	48
	3,00	42	31	17	90
	4,00	14	26	21	61
	5,00	3	11	14	28
	6,00	2	2	6	10
	7,00	0	0	1	1
	8,00	0	1	0	1
Total		100	82	68	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,928 ^a	16	,000	.b
Razón de verosimilitud	54,307	16	,000	
Asociación lineal por lineal	32,982	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 15 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,418			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,364	,057	6,153	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,389	,057	6,640	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.PARTOS * OAB

Recuento		OAB						Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
N.PARTOS	,00	2	0	1	0	0	0	3
	1,00	1	8	2	0	3	0	14
	2,00	9	23	4	13	5	1	55
	3,00	13	29	13	20	16	0	91
	4,00	0	11	14	16	14	1	56
	5,00	1	1	4	4	12	0	22
	6,00	1	1	2	0	3	1	8
	8,00	0	0	0	1	0	0	1
Total		27	73	40	54	53	3	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,778 ^a	35	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	81,343	35	,000	
Asociación lineal por lineal	27,103	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 32 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,489			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,330	,058	5,504	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,342	,058	5,730	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.PARTOS * HRQL

Recuento		HRQL						Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
N.PARTOS	,00	0	0	1	1	1	0	3
	1,00	0	4	5	1	1	1	14
	2,00	4	6	20	2	5	5	55
	3,00	8	14	21	5	16	9	91
	4,00	0	2	8	8	10	14	56
	5,00	0	1	1	2	2	7	22
	6,00	0	0	0	0	3	1	8
	8,00	0	0	0	0	0	0	1
Total		12	27	56	19	38	37	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,277 ^a	42	,006	.b
Razón de verosimilitud	73,471	42	,002	
Asociación lineal por lineal	26,195	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 39 casillas (69,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,463			,006
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,324	,050	5,400	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,312	,056	5,171	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.PARTOS * INT.OAB

Recuento		INT.OAB			Total
		,00	1,00	2,00	
N.PARTOS	,00	2	1	0	3
	1,00	9	2	3	14
	2,00	31	14	10	55
	3,00	43	30	18	91
	4,00	11	26	19	56
	5,00	2	6	14	22
	6,00	2	2	4	8
	8,00	0	1	0	1
Total		100	82	68	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,597 ^a	14	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	45,751	14	,000	
Asociación lineal por lineal	27,172	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 11 casillas (45,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,389			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,330	,058	5,512	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,348	,058	5,848	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.PARTOS * INT.HRQL

Recuento		INT.HRQL			Total
		,00	1,00	2,00	
N.PARTOS	,00	1	2	0	3
	1,00	9	2	3	14
	2,00	31	6	18	55
	3,00	43	19	29	91
	4,00	8	20	28	56
	5,00	2	4	16	22
	6,00	0	3	5	8
	8,00	0	0	1	1
Total		94	56	100	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,165 ^a	14	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	58,112	14	,000	
Asociación lineal por lineal	31,108	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 11 casillas (45,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,415			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,353	,050	5,950	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,356	,056	6,009	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.EMBARA * N.INFECC

Recuento		N.INFECC					Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	
N.EMBARA	,00	0	0	1	0	0	1
	1,00	6	4	0	0	0	10
	2,00	30	15	2	1	0	48
	3,00	69	17	4	0	0	90
	4,00	46	15	0	0	0	61
	5,00	18	8	1	0	1	28
	6,00	9	0	0	1	0	10
	7,00	1	0	0	0	0	1
	8,00	0	1	0	0	0	1
Total		179	60	8	2	1	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65,612 ^a	32	,000	.b
Razón de verosimilitud	37,202	32	,242	
Asociación lineal por lineal	,471	1	,492	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 35 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,456			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,044	,080	-,686	,494 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,079	,067	-1,244	,215 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla de contingencia N.EMBARA * CX.GINEC

Recuento

		CX.GINEC		Total
		,00	1,00	
N.EMBARA	,00	1	0	1
	1,00	5	5	10
	2,00	36	12	48
	3,00	55	35	90
	4,00	32	29	61
	5,00	12	16	28
	6,00	6	4	10
	7,00	0	1	1
	8,00	0	1	1
Total		147	103	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,229 ^a	8	,104	.b
Razón de verosimilitud	14,538	8	,069	
Asociación lineal por lineal	6,895	1	,009	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 8 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,224			,104
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,166	,062	2,658	,008 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,172	,062	2,752	,006 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 1**Tabla de contingencia NEDAD * N.PARTOS**

Recuento		N.PARTOS								Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	8,00	
NEDAD	1	3	3	23	31	4	2	1	0	67
	2	0	5	14	21	16	1	2	1	60
	3	0	4	13	25	23	8	3	0	76
	4	0	2	5	14	13	11	2	0	47
Total		3	14	55	91	56	22	8	1	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,230 ^a	21	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	54,744	21	,000	
Asociación lineal por lineal	24,392	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 17 casillas (53,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,313	,057	5,190	,000 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,335	,056	5,599	,000 ^c
N de casos válidos	250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 2**Tabla de contingencia NEDAD * CX.GINEC**

Recuento		CX.GINEC		Total
		,00	1,00	
NEDAD	1	38	29	67
	2	37	23	60
	3	46	30	76
	4	26	21	47
Total		147	103	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,652 ^a	3	,884	. ^b
Razón de verosimilitud	,652	3	,884	
Asociación lineal por lineal	,005	1	,946	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,36.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,004	,064	,067	,946 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,004	,064	,062	,950 ^c
N de casos válidos	250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 3**Tabla de contingencia NEDAD * ANTC.NEU**

Recuento		ANTC.NEU		Total
		,00	1,00	
NEDAD	1	66	1	67
	2	56	4	60
	3	63	13	76
	4	20	27	47
Total		205	45	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,181 ^a	3	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	62,254	3	,000	
Asociación lineal por lineal	52,673	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,46.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,460	,048	8,157	,000 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,457	,048	8,086	,000 ^c
N de casos válidos	250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 4**Tabla de contingencia NEDAD * FÁRMACOS**

Recuento

		FÁRMACOS		Total
		,00	1,00	
NEDAD	1	27	40	67
	2	5	55	60
	3	0	76	76
	4	0	47	47
Total		32	218	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	64,518 ^a	3	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	66,520	3	,000	
Asociación lineal por lineal	49,934	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,02.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,448	,040	7,887	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,449	,040	7,904	,000 ^c
N de casos válidos		250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 5

Tabla de contingencia NEDAD * OAB

Recuento		OAB						Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
NEDAD	1	25	31	3	4	3	1	67
	2	2	30	12	14	2	0	60
	3	0	10	19	23	22	2	76
	4	0	2	6	13	26	0	47
Total		27	73	40	54	53	3	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	162,156 ^a	15	,000	. ^b
Razón de verosimilitud	170,658	15	,000	
Asociación lineal por lineal	106,173	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,56.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,653	,042	13,578	,000 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,662	,041	13,928	,000 ^c
N de casos válidos	250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Relación Estadística 6

Tabla de contingencia NEDAD * HRQL

Recuento		HRQL							Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
NEDAD	1	10	21	22	4	5	0	5	67
	2	2	6	20	7	9	5	11	60
	3	0	0	12	7	17	17	23	76
	4	0	0	2	1	7	15	22	47
Total		12	27	56	19	38	37	61	250

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	127,078 ^a	18	,000	.b
Razón de verosimilitud	144,248	18	,000	
Asociación lineal por lineal	97,810	1	,000	
Prueba de McNemar				
N de casos válidos	250			

a. 6 casillas (21,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,26.

b. Sólo se efectuará el cálculo para tablas de PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,627	,040	12,666	,000 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,617	,043	12,332	,000 ^c
N de casos válidos	250			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.